

# d é p e n d a n c e s

avril 1999 / no 7

3

## Editorial

*Gérald Progin*

4

**Les groupes d'auto-support  
d'usagers de drogues: entraide  
ou lobby?**

*Abdalla Toufik*

10

**Groupes d'entraide:  
enjeux et perspectives**

*Jean-Dominique Michel*

14

**Rencontres et qualité de  
prestations: le cocktail des  
groupes "Croix-bleue"**

*Caroline Jobin*

17

**L'expérience des  
Narcotiques anonymes**

*N.A. et Marc A.*

20

**La nécessité d'un appui  
par les pairs**

*Danièle Geisendorf Sapey*

22

**L'entraide dans les processus  
de sevrage tabagique**

*Michel Grisier*

24

**Les groupes d'entraide:  
complémentarité ou concurrence  
avec les psychothérapies?**

*Daniela Danis - Pascal Gache*

27

**Cours, séminaires  
Brèves**

# Impressum

**Adresse des éditeurs:**

Institut suisse de prévention de  
l'alcoolisme et autres toxicoma-  
nies, ISPA,  
Ruchonnet 14,  
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur  
l'alcoolisme et les toxicomanies,  
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains

**Rédaction:**

Rédacteurs:  
Michel Graf, ISPA  
Gérald Progin, GREAT

**Comité de rédaction:**

Pierre-Yves Aubert  
éducateur, Genève  
Étienne Maffli  
psychologue, Lausanne  
Jean-Dominique Michel  
socio-anthropologue, Genève  
Louis-Pierre Roy  
enseignant EESP, Lausanne

**Administration et abonnements:**

ISPA, case postale 870,  
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,  
fax 021/321 29 40

**Parution:** 3 fois par an

**Abonnement:**

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que  
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la  
rédaction

La reproduction des textes est  
autorisée sous réserve de la men-  
tion de leur provenance et de l'en-  
voi d'un justificatif à la rédaction

**Graphisme:**

Christine Matthey, Lausanne

# Editorial

Gérald Progin  
Secrétaire général du GREAT  
Co-rédacteur

**D**ans le champ de l'alcoologie, les groupes d'entraide sont assez connus: ils font partie du paysage de l'aide, en particulier de l'abstinence. Ils sont en effet issus des groupes chrétiens pour lesquels l'alcoolisme représentait un fléau social. Moralistes, ils ne voyaient la rédemption que par la seule abstinence. Nombre d'entre eux ont aujourd'hui évolué pour devenir un outil indispensable à la palette des offres thérapeutiques.

Dans le domaine des drogues illégales, les parents ont créé des groupes de soutien et les anciens toxicomanes se sont basés sur l'expérience de l'alcool pour créer des groupes d'entraide. La plupart de ces groupes n'interviennent que peu dans les politiques de prévention, de traitement ou encore dans la politique sociale. Sauf... les groupes d'usagers qui considèrent que leur consommation est normale et qu'ils font l'objet d'une répression inacceptable. Là, il s'agit de politique et de lobbying. Si, dans les deux cas, il est question de groupes de citoyens intéressés à se mobiliser sur un thème, une question, un type de relation, une vision de société, c'est vraisemblablement le seul point commun que l'on peut leur trouver. Pour le reste, ils nous semblent évoluer dans des philosophies, des approches politiques fondamentalement différentes: d'un côté la revendication de leur marginalité, la lutte contre une politique prohibitionniste; de l'autre côté, un besoin plus individualiste: se regrouper pour s'entraider. Nous souhaitons, malgré ces fondamentales différences, présenter les deux aspects qui nous semblent fort importants dans l'évolution générale des questions de dépendances. Nous vous proposons aussi, évidemment, en plus des témoignages, une analyse sociologique ainsi qu'une réflexion sur les rapports entre professionnels et bénévoles. A nouveau, le débat s'ouvre.

# Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues: entraide ou lobby?

Abdalla Toufik, sociologue, chargé d'études, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris

*(réd.) Les groupes d'auto-support peuvent être de nature différente: d'une part l'entraide entre pairs et d'autre part la volonté de se faire reconnaître comme groupe particulier ayant des revendications spécifiques. Des définitions de ce type de mouvement à leur histoire en s'arrêtant, en particulier, sur leur rôle dans le champ de la prévention*

## Introduction

Durant ces dernières années, quelques dizaines de groupes d'auto-support ("self-help groups") d'usagers de drogues ont vu le jour partout en Europe. Devant l'extension rapide de l'épidémie de VIH parmi la population des usagers de drogues, d'une part, et, d'autre part, devant l'extrême difficulté de faire de la prévention au sein d'un groupe social clandestin, les pouvoirs publics se sont trouvés devant une situation contradictoire: la drogue est interdite ainsi que son usage, ce qui renvoie les usagers à la clandestinité, alors que la nécessité de stopper rapidement l'épidémie requiert au contraire la visibilité du même groupe comme condition indispensable pour que le message préventif atteigne sa cible.

Résoudre cette contradiction nécessitait l'élaboration de plusieurs modèles pour tenter de concilier la prohibition des drogues et les besoins impérieux de la prévention.

Les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont les deux pays d'Europe qui ont le plus essayé d'apporter des réponses à cette contradiction. Ils ont élaboré un ensemble de politiques cohérentes basées sur un nouveau principe: la réduction des risques ("harm reduction policies").

Les axes principaux (Toufik 1992a) de cette politique sont les suivants:

- Des programmes massifs de maintenance aux produits de substitution, essentiellement la méthadone.
- La recherche de nouvelles procédures de travail social: le ciblage systématique des populations difficiles à

atteindre ("outreach work") et l'éducation par les pairs ("peer education").

- Soutien aux groupes d'auto-support existants ("self-help groups"), ou encouragement à leur formation s'ils n'existent pas encore.

Ces trois axes de travail, tout en visant des objectifs différents, sont complémentaires dans leur finalité:

- L'éducation par les pairs vise au changement du comportement individuel.
- Les programmes de méthadone visent au changement de style de vie, principalement à la sortie de la clandestinité.
- L'auto-support vise à changer les normes dans la sous-culture de la drogue par une action "de l'intérieur".

## Définition de l'auto-support

L'auto-support (self-help) est un terme générique qui recouvre des réalités qui doivent être distinguées. Dans son acception générale, le terme désigne, selon De Katz et Bender (D. N. Nurco, P. Stephenson et al., 1990), "un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, des "pairs", en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques: satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble.

A la base, il y a un constat: les besoins de la catégorie sociale à laquelle le groupe appartient ne sont pas ou ne peuvent pas être satisfaits par ou au travers des insti-

tutions et mécanismes sociaux existants, d'où la nécessité de l'auto-organisation. Outre l'aide matérielle et relationnelle, l'auto-support peut aussi viser à promouvoir des idéologies ou des valeurs au travers desquelles les membres forgent et acquièrent une nouvelle identité. Il offre souvent à ses membres une tribune, soit pour informer l'opinion publique sur le problème concernant le groupe soit pour corriger des idées fausses."

La participation des usagers des drogues à la prévention a trois dénominations différentes: éducation de pairs, auto-support et enfin auto-organisation. Ces trois concepts partagent en commun la même idée de base: les toxicomanes ont les ressources nécessaires, la capacité de trouver, par eux-mêmes et pour eux-mêmes, les réponses adéquates aux problèmes auxquels ils sont confrontés. L'éducation par les pairs aura donc le sens d'auto-éducation, l'auto-support, le sens d'entraide au niveau individuel, et enfin l'auto-organisation, le sens d'entraide au niveau collectif.

La définition de Katz et Bender ne fait, cependant, aucune distinction entre auto-support et auto-organisation. Les deux concepts seraient, donc, interchangeables.

Or, ces deux concepts, non seulement ne sont pas synonymes, mais ne sont pas de la même nature.

Le concept de self-help (auto-support) désigne le processus par lequel un groupe ou une communauté, employant ses propres ressources, parvient à résoudre un problème spécifique. Il s'oppose, sans l'exclure, à l'assistanat, et accorde peu de place à l'intervention d'éléments extérieurs.

L'auto-organisation, en revanche, n'est qu'une modalité du processus de self-help. L'autre modalité est l'entraide individuelle, informelle ou formelle comme c'est le cas des groupes de soutien (support).

### Auto-support et éducation par les pairs

L'éducation par les pairs, "peer education" en anglais, aussi appelée "éducation horizontale", est une méthode d'intervention sociale qui stipule que les membres issus d'un groupe ou d'une communauté donnés sont, de par leur connaissance des codes, des langages et de la psychologie desdits groupes et communautés, les plus aptes à éduquer les membres de ces groupes ou communautés dans le sens requis. Cela s'ap-

plique à toutes les communautés: toxicomanes, homosexuels, prostitués, groupes ethniques, etc.

Ce type de pratique est très utilisé en direction des groupes stigmatisés pour certaines questions sensibles où l'intervention des éléments extérieurs (travailleurs sociaux) peut être perçue par le groupe comme une désignation de celui-ci comme constituant une communauté "à problème".

L'éducation par les pairs fait partie intégrante de la philosophie de l'auto-support. Cependant, cette philosophie, en tant qu'auto-organisation de groupe, comporte d'autres éléments caractéristiques qui la font différer sensiblement de l'éducation par les pairs. Ce ne sont pas quelques éléments qui en éduquent d'autres, mais c'est la communauté elle-même qui prend conscience de son existence en tant que groupe identitaire distinct, capable de produire lui-même les changements souhaités.

Une autre différence est relative au but poursuivi. L'éducation par les pairs vise au changement dans le comportement individuel, alors que l'auto-support vise aussi et surtout au changement dans le style de vie de l'ensemble et de la sous-culture considérée: changer les "normes de risques", autrefois hautement valorisées par cette culture, en "normes de réduction des risques".

### Deux modèles

Selon certains auteurs (BLANC B. et al. 1986), le vocable *self-help* aurait été créé en 1945 au *Colonial office* de Londres. L'administration britannique reprit les principes et méthodes du self-help en vue de les appliquer à l'éducation des masses indiennes. Toutefois, le terme de self-help désignait plus à l'époque une approche communautaire qu'une approche identitaire.

Le mouvement de *self-help* des usagers de drogues actuel trouve son origine dans deux modèles différents - chronologiquement antérieurs au Sida - qu'on appellera le modèle américain et le modèle hollandais (Toufik 1993).

#### Le modèle américain

Pour ce qui est du modèle américain, David Nurco (1981) souligne que le développement rapide du mouvement de *self-help* aux Etats-Unis est intimement lié aux valeurs individualistes, volontaristes, et anti-étatiques américaines, qui sont le reflet de la manière dont les gens

doivent résoudre leurs problèmes ("do it yourself!"). La limite du *self-help* réside dans la prise en compte de l'individu en tant que cause exclusive de ses problèmes. En effet, elle néglige des causes qui pourraient lui être extérieures, donc par conséquent des moyens de les traiter qui ne reposeraient pas sur une action de la personne.

#### Narcotic anonymous

Les Narcotiques Anonymes furent les premiers groupes *self-help* à l'intention des usagers de drogues. Fondés au début des années 50 par des membres des *Alcoholics Anonymous* et calqués sur les structures et l'organisation de ceux-ci, ils en reprendront aussi le principe: une prise de responsabilité par le sujet de ses propres problèmes. L'aide doit venir de la personne elle-même suivie d'un accompagnement et du soutien de ceux qui souffrent des mêmes problèmes. Enfin, cette méthode passe par un rejet de tout soutien extérieur, qu'il soit gouvernemental, institutionnel ou professionnel.

#### Medical self-help

Ce courant est appelé aussi "after care/release prevention". Il s'agit-là de groupes formés par des professionnels faisant partie du traitement, afin d'éviter les risques de rechute après les sevrages physiques, et pour les clients des programmes de maintenance à la méthadone. On peut identifier deux variantes de ce modèle:

- La R. T. S. H. (Recovering Training and Self-Help) qui consiste (NIAD 93, Mc Auliffe et al. 1986) en un stage de postcure d'une durée de six mois à l'intention des toxicomanes. Le programme est composé de quatre parties: a) une session formelle qui a lieu deux fois par mois. Elle est animée par un professionnel et un ex-usager; b) une session de *self-help* hebdomadaire animée par l'ex-usager sans la présence du professionnel; c) des week-ends d'activités récréatives; d) un réseau de soutien entreprenant une action axée sur le long terme.
- Le C. G. S. H. (Clinically Guided Self-Help). Il concerne uniquement des patients déjà stabilisés par la méthadone (Nurco D. et al., *After care relapse prevention and the self-help movement*, 1991). Ces patients doivent former leur groupe en fonction de leurs besoins et intérêts. Dans ce modèle, le rôle des

staffs cliniques est déterminant. L'existence de ce modèle repose sur le fait que beaucoup des individus substitués à la méthadone se trouvent dans une situation où leur vie est structurée autour du programme de substitution, sans pour autant avoir des contacts réels avec d'autres membres de la société, exception faite de leurs pairs. Le but du programme est donc de développer les compétences nécessaires pour rendre ces contacts possibles avec des personnes extérieures à la communauté.

## Le modèle hollandais

Quant au modèle hollandais, il s'agit du mouvement des *Junkiebonds* qui a occupé l'avant-scène de la drogue durant les années 80. Contrairement au modèle américain, les *Junkiebonds* sont nés hors du champ médical et quelques fois en opposition à celui-ci. Par ailleurs, à la différence du *Narcotic anonymous*, les fondateurs ne sont pas des ex-usagers et ils ne prônent pas l'abstinence, bien au contraire, ils revendiquent le droit des usagers à la libre gestion de leur corps et de leur vie. On trouvera une description détaillée de l'histoire des *Junkiebonds* dans le chapitre suivant.

L'ébauche des travaux de recherches psychologiques et sociologiques sur le *self-help* dans le domaine de la santé et de la maladie est relativement récente. En effet, jusqu'à la deuxième moitié des années 70, peu d'attention fut prêtée au mouvement de *self-help* alors en plein développement. Autour de cette période, aussi bien les professionnels de la santé que les chercheurs en sciences sociales aux Etats-Unis ont pris conscience des ressources que laissait entrevoir cette méthode. La potentialité du *self-help* est ainsi reconnue comme un prolongement efficace des soins afin d'améliorer la qualité des services par une plus forte implication des patients eux-mêmes.

Aux Pays-Bas, si le mouvement des *Junkiebonds* a entraîné beaucoup de débats sur la scène politique et médiatique, il ne semble pas en revanche qu'il ait suscité beaucoup d'intérêt dans le champ de la recherche.

## La recherche d'une identité

Former un groupe d'auto-support d'usagers de drogues est, en quelque sorte, la revendication d'une identité.

La genèse d'un groupe d'auto-support d'usagers de drogues se déroule habi-

tuellement, pour la plupart des personnes qui l'entreprennent, suivant un processus que l'on peut décrire en trois étapes:

1) La stratégie individuelle: "Je ne suis pas toxicomane, je suis comme tout le monde".

2) La stratégie collective, épouser son stigmat: "Nous sommes des toxicos et nous ne sommes pas comme les autres". Cette étape est caractérisée, dans sa transposition au niveau individuel, par l'affirmation suivante: "Je suis une personne qui, bien que dépendante et utilisatrice d'un produit par voie intraveineuse interdit par la loi, se considère comme un citoyen à part entière. J'affirme ma différence mais je revendique le respect et la possibilité d'une prise de responsabilité face à la société".

Il arrive un moment où certains membres de la communauté réalisent la limite de la stratégie individuelle. Ils réalisent également que le moyen le plus adéquat est l'auto-organisation. Mais celle-ci les oblige à revendiquer leur stigmat comme identité.

Le manifeste du groupe ASUD (1992) a bien exprimé ce dilemme: "*La mort dans l'âme, nous sommes amenés aujourd'hui, certes avec détermination, à devoir, pour notre simple salut, mettre en avant le statut de "toxicomane" que l'on nous impose. Sachant, au plus profond de nous-mêmes, que la revendication de cette identité est le seul moyen vital que nous ayons trouvé pour qu'un jour, enfin libérés, nous puissions aller au-delà de la stricte nécessité de toute identité pour devenir alors ce que nous n'aurions jamais dû cesser d'être: citoyens comme-tout-le-monde, à part entière, avec ou sans drogue*".

3) Le dépassement de l'identité stigmatisante: "Nous sommes des toxicos et nous sommes comme tout le monde".

Le dépassement de l'identité stigmatisante s'opère lorsque les deux autres étapes, surtout la deuxième, sont franchies. Cette troisième étape vient alors comme un aboutissement. Une fois que le but recherché est atteint, paradoxalement, on ne revendique plus d'être différent, mais on considère cette différence comme secondaire par rapport à ce qui nous réunit avec les autres. Il est à souligner que ce dépassement n'est possible que lorsque la revendication de l'identité stigmatisante est satisfaite, c'est-à-dire reconnue par les autres comme telle. Le dépassement se réalise

lorsque le stigmat d'origine n'est plus considéré comme tel. Le groupe anéantit ainsi sa raison d'être.

## Des approches différentes

### L'Auto-support modèle "Drogue"

Le premier *Junkiebond* est formé en 1980 à Rotterdam. Le *Rotterdam Junkiebond* est constitué en réponse concrète à un projet d'instauration d'un système de soins obligatoires pour les toxicomanes. Sa formation fut l'étincelle qui déclencha la formation d'organisations similaires dans presque toutes les villes hollandaises. Les six années entre 1981 et 1987 ont vu naître et mourir une quarantaine de ces *Junkiebonds* dont la durée de vie oscille entre un et trois ans. C'est pourquoi, dans certaines villes, plusieurs groupes se succédèrent.

Avec la formation de la *Fédération des Junkiebonds*, organe de coordination et de représentation, les usagers des drogues ont su donner une dimension nationale à leur mouvement.

Le mouvement atteint son apogée lorsque le Parlement adopte une motion présentée par le *Parti socialiste pacifiste*, qui stipule que le gouvernement hollandais doit se concerter, en matière de politique de la drogue, avec la *Fédération des Junkiebonds*. Les bases de ce que sera le *modèle hollandais* reposeront désormais sur l'action conjointe des pouvoirs publics et d'un partenaire d'un genre nouveau: le toxicomane.

Les six années 1981-1987 sont à la fois les années de gloire du mouvement et, en même temps, celles qui annoncent son déclin: en effet, comme acteur politique, l'auto-organisation des *junkies* ne surviendra en tout et pour tout que dix ans. De multiples facteurs peuvent expliquer sa disparition. Le principal est que le mouvement des *Junkiebonds* eut comme raison d'être les conditions déplorables des toxicomanes dans leurs pays: carence du système des soins, répression, stigmatisation sociale, etc. Le partenariat entre les pouvoirs publics et les *Junkiebonds*, en l'espace de quelques années, a ainsi permis d'instaurer une sorte de *modus vivendi* acceptable par tout le monde, usagers des drogues compris. Ce *modus vivendi* s'est concrétisé par des mesures de réduction des risques, notamment par la généralisation des programmes de substitution à "bas seuil" et du système de prise en charge sanitaire et sociale, déjà le plus développé d'Europe. Un par-

tenariat avec la police, situant cette dernière davantage comme une pièce maîtresse du dispositif global de santé publique que comme une force de répression, fut mis en place. Objectivement, toutes les revendications du mouvement furent donc satisfaites. De surcroît, elles sont devenues la politique officielle du pays en matière de drogue. Les *Junkiebonds*, par leur propre action, ont pour ainsi dire réduit à néant leur raison d'être.

### L'Auto-support modèle "sida"

Quel que soit le pays, l'auto-organisation des usagers, concomitante à l'apparition du sida, a peu en commun avec celle qui a survécu à la période antérieure à l'épidémie. Quatre différences essentielles peuvent être évoquées. La première est relative à l'affirmation identitaire à travers le choix du nom des groupes. Tandis que des groupes font d'emblée le choix de noms qui soulignent leur affiliation directe au mouvement de lutte contre le sida, des groupes préexistants à l'épidémie modifient leurs noms, opérant ainsi une sorte de rupture avec leur propre histoire trop marquée par la drogue. Ce faisant, ils s'inscrivent, à leur manière, dans la mouvance large du sida.

La deuxième différence se situe au niveau du champ d'action. Les groupes d'auto-support antérieurs au Sida - "modèle drogue" -, y compris ceux qui effectuaient des actions de terrain, se définissaient essentiellement comme étant des mouvements revendicatifs politiques, reconnus, financés comme tels par les pouvoirs publics. Les groupes d'auto-support - "modèle sida" - postérieurs à l'émergence de l'épidémie, même s'ils effectuent, par ailleurs, des actions revendicatrices et politiques, se définissent essentiellement comme des acteurs sur le terrain et sont reconnus et financés uniquement comme tels par les pouvoirs publics.

La troisième différence est relative au rôle des groupes. Les nouveaux groupes sont appelés à assumer des responsabilités nouvelles. Des tâches inexistantes ou très marginales pour le "modèle drogue" sont aujourd'hui au coeur des activités du "modèle sida". Ces groupes initient et participent aux multiples actions de prévention, programmes d'échanges de seringues, diffusion dans la rue de messages préventifs à l'aide de supports écrits, comme les journaux, les brochures, les affiches, etc.

La dernière différence entre les deux modèles concerne le degré d'autonomie

du groupe. En termes de ressources, tant humaines que matérielles, l'auto-organisation du type *Junkiebond* se distingue par sa grande autonomie. Elle est composée, quant aux ressources humaines, presque uniquement d'usagers; des sympathisants, des éléments extérieurs, certes, y participent, mais cette participation se limite aux tâches d'infrastructure, sans pouvoir décisionnel. Pour ce qui est des ressources matérielles, les *Junkiebonds* ne reçoivent aucune subvention ou juste de quoi couvrir les frais de fonctionnement. Les leaders et les cadres ne sont pas rémunérés, le militantisme bénévole est la règle. A l'inverse, les groupes d'auto-support *modèle sida* représentent un modèle opposé: les ressources humaines sont composites et, aux côtés des usagers, il y a souvent des éléments extérieurs, notamment des pro-

La transmission du VIH chez les usagers de drogues résulte plus d'un comportement social que d'un comportement individuel



Photo Interfoto

### S'organiser pour défendre ses intérêts

fessionnels du secteur sanitaire et social. Ces professionnels jouent un rôle capital, aussi bien dans la formation de ces groupes que dans leur gestion. En outre, en matière de ressources matérielles, les groupes du *modèle sida* reçoivent des financements et les usagers qui y participent se professionnalisent, ils sont souvent rémunérés.

### Des raisons de s'organiser

Pour qu'un groupe social donné s'auto-organise, des intérêts communs ne sont pas suffisants. Il lui faut un facteur extérieur qui soude les liens entre ses membres, donne un sens à son combat, en un mot: un ennemi ou un "facteur unificateur extérieur".

Ce facteur unificateur se présente sous la forme d'une équation: répression/tolérance en matière de politique des drogues et du sida. Lorsque la pression est très forte, le facteur unificateur existe, mais les usagers sont en situation *anémique*. L'auto-organisation est extrêmement problématique, donc peu probable. Exception faite des Pays-Bas et du Royaume-Uni, c'est le cas de tous les pays d'Europe durant la période antérieure à l'apparition du sida. Lorsque la pression est très faible, le facteur unificateur n'existe pas car l'ennemi n'est pas facilement identifiable. La capacité de mobilisation est faible. L'auto-organisation est possible, mais peu probable. C'est la raison qui peut expliquer la disparition du mouvement du *Junkiebond* aux Pays-Bas et les difficultés d'émergence d'autres groupes. Cela peut expliquer également le retard de formation de l'auto-organisation des usagers au Royaume-Uni; en effet, ils ne sont apparus que quelques années après le sida. Lorsque la pression est ni très forte ni très faible, le facteur unificateur existe, l'ennemi extérieur est identifiable (répression) et les usagers sont en situation de stabilité relative (substitutions) propice à l'auto-organisation. La France et l'Allemagne sont aujourd'hui représentatives de cette situation.

Le développement extraordinaire du mouvement de l'auto-support dans ces deux pays s'explique par des causes en apparence contradictoires: d'une part, une politique policière répressive en matière de drogue qui se manifeste, entre autres, par la destruction des scènes ouvertes dans les villes où elles sont plus ou moins tolérées. D'autre part, une politique de santé publique qui se manifeste par une mise en oeuvre d'un ensemble de mesures qui s'inscrivent dans la droite ligne de l'approche de réduction des risques, notamment les programmes de substitution à la méthadone. La répression représente l'ennemi, facteur unificateur indispensable à toute mobilisation et auto-organisation. Les mesures de réduction des risques dotent les usagers des moyens - matériels et humains - nécessaires à la naissance et au développement de cette auto-organisation.

## L'auto-support dans la prévention

Les fondements théoriques du rôle de l'auto-support dans la prévention sont

basés sur un postulat selon lequel son impact est d'autant plus efficace lorsque la stratégie de prévention intègre les trois dimensions suivantes:

- Le comportement individuel (l'individu);
- Le style de vie (le groupe);
- La sous-culture de la drogue (représentations sociales).

Si le premier point peut partiellement être réalisé par la prévention conventionnelle au niveau de l'individu isolé (médias, plaquettes, etc.), les deux autres ne peuvent être réalisés que si le groupe social visé est lui-même partie prenante active dans un tel changement.

L'expérience accumulée par la communauté homosexuelle en matière de réduction des risques de l'infection au VIH, en comparaison avec celle des usagers de drogues, illustrera cette idée.

La transmission du VIH chez les usagers de drogues résulte plus d'un comportement social que d'un comportement individuel: partager les matériels d'injection ou avoir des rapports sexuels. Prévenir le sida demande donc un changement dans le comportement social (interpersonnel) des usagers. Ces changements affectent l'ensemble des rapports de la personne avec ses partenaires.

Dans ce cadre, toute action visant au changement dans le comportement individuel des usagers sera inadéquate si elle n'est pas accompagnée de changements similaires chez les autres partenaires et acceptée comme telle par eux. Autrement dit, on est prêt à changer soi-même de comportement si l'entourage et les pairs ont déjà changé leur comportement ou sont sur le point de le faire (J. J. PLATT & C. KAPLAN - 1990). Le changement de comportement social du groupe produit alors un changement du comportement individuel.

Partager les seringues, par exemple, n'est pas toujours le résultat du manque de seringues stériles, ni le résultat de l'ignorance des modes de transmission du VIH. Le comportement individuel tend souvent à s'aligner sur les normes dominantes dans le groupe des pairs, ou sur la sous-culture à laquelle l'individu appartient.

## Des différences

Les usagers de drogues ne sont pas, à ce niveau, différents des homosexuels. Par contre, la différence entre les deux groupes est tangible au niveau du soutien

social pour le changement de comportement que chacun reçoit de son propre groupe.

Pendant les vingt dernières années, les homosexuels ont construit un ensemble d'organisations politiques, sociales et communautaires. Ceci en dépit de l'hostilité et de la répression légale dont ils ont pu faire l'objet. Ces organisations et associations, avec leurs journaux, leur lobbying et leurs lieux de convivialité, ont servi de support pour élaborer des réponses individuelles et collectives et faire face à la menace du sida. Elles ont donc largement contribué au soutien des approches individuelles (W. M. de JONG - 1990).

Les usagers de drogues, par contre, n'avaient aucune organisation formelle en France et dans d'autres pays, et leurs modes de vie ne furent aucunement adaptés pour assumer une tâche similaire à celle des homosexuels; c'est-à-dire qu'ils n'étaient ni en mesure d'opérer un changement significatif de comportement au niveau individuel, ni de s'investir dans une action collective.

Quoiqu'ils représentent le deuxième groupe confronté au risque de contamination, juste après celui des homosexuels, les usagers de drogues ont apporté des réponses en termes de mobilisation et en termes d'efficacité qui, même lorsqu'elles existent, sont loin d'être comparables à celles des homosexuels.

Pour expliquer cette différence, plusieurs hypothèses sont possibles. Tout d'abord le rapport de la société à l'homosexualité n'est pas le même que celui à l'usage des drogues. La sanction sociale de chacun de ces deux comportements est radicalement différente. Tandis que la sanction sociale du comportement homosexuel se limite à la stigmatisation sociale, la sanction sociale contre l'usage de drogues est composée, en quelque sorte, d'un "étage" supplémentaire, celui de la sanction juridique; l'usage de drogues illicites tombe sous le coup de la loi pénale et l'usager est assimilé à un délinquant de par le fait même de son usage.

Toutefois, l'explication la plus plausible, sans établir de rapport causal, reste la préexistence d'une forte organisation formelle et informelle dans la communauté des homosexuels et l'absence de ces mêmes sortes d'organisations parmi les usagers de drogues. Cette absence a déterminé, dans une large mesure, la rapidité, la nature et le degré de succès des réponses dans les deux communautés.



Pratiquement, cette différence organisationnelle se traduit pour la prévention du VIH par le fait que, tandis que les homosexuels furent les émetteurs et les récepteurs actifs de l'information préventive adéquate "à l'intérieur" de leur propre communauté, les usagers de drogues demeuraient des récepteurs passifs et tributaires d'organisations "extérieures" livrant des matériels non adéquats ou trop tardivement, lorsque l'épidémie avait déjà touché une proportion importante de la communauté.

L'auto-organisation homosexuelle a donc joué un rôle important dans l'introduction, puis l'adoption, des normes de réduction des risques dans la sous-culture homosexuelle permettant un soutien social des tentatives individuelles pour le changement des comportements. Le soutien social de "l'intérieur" du groupe d'appartenance semble être une condition indispensable pour le changement des comportements individuels.

### Un travail de "l'intérieur"

Tandis que les actions de prévention de l'extérieur visent à modifier certains comportements au niveau individuel, l'auto-organisation, agissant de "l'intérieur", vise, en revanche, à intégrer, généraliser et enraciner des changements dans la sous-culture de la communauté. Cette dernière devient émettrice et producteur actif de son propre modèle préventif. La communauté se positionne comme un sujet; elle est le but et le moyen du changement désiré. Dans le modèle "extérieur", elle ne peut qu'être un objet, un récepteur, consommateur passif des informations éclatées visant à modifier certains comportements à risque. La non-prise en compte des liens organiques entre ces comportements et les autres éléments de mode de vie de la sous-culture de la drogue rend mal aisée

l'intégration des comportements préventifs et, de ce fait, leur application par l'utilisateur est problématique.

Une autre limitation à la portée de ce modèle "extérieur" résulte de la clandestinité et de la répression imposées aux usagers qui font que ce modèle ne peut, par sa nature même, toucher qu'une partie infime de ceux auxquels il est destiné, ce qui réduit d'autant son efficacité.

Par contre, la prévention de l'intérieur métamorphose le message préventif vers un comportement socialement valorisé par les groupes de pairs eux-mêmes. Le nouveau comportement n'est plus un objet de conflit ou de résistance. Il n'exprime plus une méfiance vis-à-vis de l'autre. Dans ce sens, l'existence d'une auto-organisation formelle des usagers de drogues, l'auto-support, peut aider à introduire de nouvelles normes de réduction des risques dans la sous-culture de la drogue, ou rendre ces pratiques acceptables et opérationnelles lorsqu'elles existent déjà au niveau individuel: généraliser, enraciner, transformer ces pratiques en normes socialement valorisées par le groupe.

### Bibliographie

Groupe ASUD, Auto-Support Usagers Drogues (1992). Pour l'auto-support des usagers de drogues, Paris, ASUD, 4 p.  
 H. S. Becker (1985). Outsiders: étude sociologique de la déviance. Traduction française par J. P. Briand et J. M. Chapoulié; Coll. Observations, Paris: Métailié, 247 p.  
 B. Blanc (collectif) (1986): Actions collectives et travail social T. 1 Ed. E. S. F.  
 E. I. G. D. U. European Interest Group Drug User (1993). Die Situation der Drogenbenutzenden Bevölkerung in Europa. Memorandum Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe, 159 p.  
 S. R. Friedman (Collectif) (1987). AIDS related organization among intravenous drug users. The International Journal of

Addictions 22, (3) p. 201-219.

S. R. Friedman, Y. Serrano (1989). AIDS related organizing of IV Drug users from the outside. Newsletter of the international working group on AIDS and I.V. drug use. Vol. 4 (2) June, p. 2-4.

W. M. de Jong (1991). Stimulating social support for AIDS-related risk reduction among drug users. Poster presented at the second international conference on the reduction of drug related Harm. Barcelona, 2-6 March.

W. M. de Jong (1990). The AIDS crisis: different responses of gays and drug users. Presentation of the international experts meeting on the role of voluntary organizations in crisis management: AIDS Drug abuse and mass migration as cases in point. Berlin. 18-22 Nov.

FW. E. McAuliffe, J. M. Ch'ien (1986). Recovery training and self-help: A relapse prevention program for treated opiate addicts. Journal of Substance Abuse Treatment Vol. 3, 9-20

A. L. Morton, D. Borman et al. (1982). Self-help groups for coping with crisis. Josey - Bass Publishers San Francisco, London.

NIAD (1993): Recovery training and Self-help: a relapse prevention and aftercare for drug addicts. Rockville, MD, Natl Inst. Drug Abuse, 249 p.

D. N. Nurco (1981): The Self-help movement and narcotic addicts, American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8, (2), 139-151.

D. N. Nurco, P. E. Stephenson, T. E. Hanlon (1990). Aftercare/relapse prevention and the self-help movement. The International Journal of the Addictions. 25, (9A & 10A), p. 1179-1200.

J. J. Platt, C. Kaplan, PMC Kim (1990). The effectiveness of drug abuse treatment: Dutch and American perspectives. R. E. Krieger publishing Company, Florida.

A. Toufik (1997). Continuité et rupture dans l'histoire de l'auto-support des usagers de drogues en Europe. Revue Prévenir, (32), p. 127-150.

A. Toufik (1994). L'émergence difficile de l'auto-support des usagers de drogues. Le Journal du Sida (63).

A. Toufik (1992a). Auto-support et réduction des risques. ASUD Journal, (2), p.9-11.

A. Toufik (1992b). Une première: la place reconnue de l'auto-support des usagers de drogues. Transcriptase, (8).

# Groupes d'entraide: enjeux et perspectives

*Jean-Dominique Michel, anthropologue, secrétaire général de l'Association genevoise Pro Mente Sana*

*(réd.) Les groupes d'entraide foisonnent, en particulier dans le domaine de la santé. Ils sont quelquefois perçus comme concurrentiels aux professionnels ou sectaires. Dans tous les cas, ils se réfèrent à l'expérience personnelle et humaine des pairs et favorisent une identité commune. Analyses de la validité humaine, relationnelle, mythologique et subjective.*

Les groupes d'entraide se sont imposés depuis quelques années comme une ressource thérapeutique majeure. A la fois réaction contre la déshumanisation de la pratique médicale, application plus ou moins spontanée de la notion d'empowerment chère aux spécialistes de la médecine sociale et manifestation du rôle des contextes micro-culturels dans les problématiques de santé, la modalité de l'entraide a connu une explosion au cours de cette dernière décennie.

Ainsi, la communauté de travail KOCH (Koordination der Selbsthilfegruppen-Förderung in der Schweiz) active en Suisse alémanique réunit plus de 165 associations différentes touchant à un grand nombre de domaines: on y retrouve des groupes d'entraide spécifiques à certaines maladies somatiques (diabète, cancer, polyarthrite, psoriasis, etc.) ou psychiques (dépression, troubles paniques, troubles bi-polaires), à des problématiques psycho-sociales (thématiques féminines, violence et abus, adoption, solitude, transsexualité), et bien entendu aux phénomènes d'addiction. Dans cette dernière catégorie, on retrouve classiquement des groupes s'adressant aux personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie, mais aussi de troubles alimentaires, émotionnels, de compulsion sexuelle et affective, ou encore de jeu pathologique.

## **La compréhension et l'expérience du groupe**

Le principe de l'entraide est aussi simple qu'évident: réunir des personnes qui par-

tagent un vécu commun et qui peuvent s'offrir un soutien et une compréhension mutuels sans équivalent. Cette mise en commun de l'expérience permet à deux processus thérapeutiques puissants de se dérouler: tout d'abord, une identification empathique qui brise le sentiment de solitude face à une problématique de vie. La sociabilisation de la souffrance et du vécu agit comme le catalyseur des ressources internes d'auto-guérison qui, sans ce relais extérieur, peinent à être activées. Ce sentiment de sortir d'une terrible solitude, profondément submergée et incapacitante, est sans conteste un aspect profondément émouvant - aux sens littéral et étymologique du terme - de la dynamique de l'entraide: d'après ce que nous en rapportent ceux qui ont vécu une telle expérience, il s'est agi d'un mouvement hors de la solitude de la souffrance vers une communauté de sentiments, de compétences et de ressources. Les figures et images utilisées dans le discours pour marquer cette étape relèvent bien de cette toponymie affective: on parle d'avoir trouvé "un port, une famille, une maison."

Cette force thérapeutique de l'empathie liée aux processus d'identification est effectivement sans équivalent. Une aide professionnelle, toute excellente et profondément humaine qu'elle puisse être, ne peut par définition activer les mêmes ressorts de guérison. Il ne s'agit pas ici d'introduire une hiérarchisation des modalités thérapeutiques, ni bien sûr de prétendre à une efficacité prépondérante de l'entraide, mais plus simplement de remarquer qu'elle remplit une fonction qu'aucune relation d'aide professionnel-

le, quelles qu'en soient par ailleurs les qualités, ne peut assumer.

Le second agent de transformation de l'entraide tient aux savoirs pragmatiques et concrets, issus de l'expérience collective, qui deviennent disponibles à l'individu à mesure qu'il s'immerge dans cette culture empirique. Il y a là une densité de compétences, de savoir-faire et de savoir-être, de "trucs" face aux situations problématiques qui se révèlent souvent être d'une efficacité sans mesure avec leur validité ou leur sérieux apparent. Les stratégies de prévention de la rechute dans les groupes des Douze Etapes (Alcooliques Anonymes ou Narcotiques Anonymes par exemple) en constituent une belle illustration: les suggestions qui seront données par des membres ayant derrière eux un certain nombre d'années d'abstinence à un nouveau qui se sent sur la pente savonneuse menant à la rechute apparaîtront souvent comme ridiculement simples: appeler un autre membre au téléphone, ranger ou nettoyer son appartement, faire une liste de tout ce pour quoi on éprouve de la gratitude dans sa vie, ou encore une liste des personnes que l'on aime, faire du sport, autant de conseils qui tendraient à ne pas être pris au sérieux venant d'un professionnel n'ayant jamais été confronté à une obsession de consommer de l'alcool ou des drogues. Venant d'un ex-toxicomane ou d'un ex-alcoolique qui est passé par les mêmes doutes et les mêmes difficultés, le propos prend une ampleur et une densité "mythologique" qui en assurent l'impact dans l'imaginaire de celui qui en a besoin. Qui plus est, provenant d'une expérience collective, c'est-à-dire ayant été mis en pratique et pour ainsi dire "testés" au cours du temps, ces principes et suggestions relèvent forcément d'une efficacité concrète autant que symbolique.

On retrace donc dans les processus fondamentaux de l'entraide des invariants anthropologiques que nous aimerions maintenant aborder. Nous sommes en effet persuadés que leur efficacité - qui s'auto-valide, en quelque sorte: la mesure de l'efficacité des groupes d'entraide tient à leur succès auprès de ceux qui en ont besoin - tient à ce qu'ils mettent en application des principes de fonctionnement très essentiels de l'être humain.

## Des raisons d'exister

La première de ces validations anthropologiques consiste en cette résurgence du sociétal tribal que Michel Maffesoli a

abondamment étudiée. Si notre époque se caractérise effectivement par la dissolution des liens sociaux traditionnels (encore que ce mouvement soit moins homogène qu'on l'a cru), il s'accompagne d'une explosion de groupes castés par des particularismes micro-culturels. L'identité individuelle se reconstruit ainsi de façon multi-focale autour de l'appartenance et de la participation à des mouvements divers, souvent autonomes ou en marge des appartenances traditionnelles. L'identification à un vécu telle qu'elle est encouragée dans les groupes d'entraide procède directement d'une inversion des valeurs: des statuts stigmatisés au niveau macro-social deviennent, à l'intérieur du groupe, vecteurs d'appartenance.

L'expérience qui leur est liée est de surcroît valorisée en tant que source de compétences et de qualification humaine. Ce retournement sémantique est propre à tous les mouvements d'émancipation des minorités. A travers les groupes d'entraide, des toxicomanes, des prostituées, des cancéreux, des sidéens - retrouvent un sens culturel - puisque partagé - de leur dignité individuelle, mais aussi un sens positif à leur trajectoire de vie, notamment à travers ce qu'ils peuvent apporter d'unique à d'autres personnes dans la même situation.

Le second ordre de validation tient à la nature de ces micro-cultures. Les groupes d'entraide fonctionnent généralement avec des "marqueurs culturels" typés qui les singularisent: existence d'un "langage" propre, rituels de déroulement des séances, avec lecture de certains textes ou salutations collectives, forte sociabilisation inter-groupale, corpus empirique de suggestions et de solutions face à certaines situations, système de "parrainage" ou de référence où souvent un nouveau membre demandera à un "ancien" de le guider, programme de développement personnel ou spirituel dans certains groupes, ateliers sur des thématiques particulières, autant d'éléments qui non seulement poussent à l'intégration des individus dans des valeurs communes, mais aussi proposent un "système" de valeurs et d'actions face aux difficultés rencontrées.

## Fonctionnements sectaires?

Ces traits, plus ou moins prononcés selon les groupes, illustrent bien une difficulté majeure et constante des relations entre professionnels et groupes d'entraide. La densité de ces micro-cultures, normale

entre personnes soudées par une expérience commune et douloureuse, induit souvent des soupçons divers auprès des professionnels. Beaucoup tendent à y voir des caractéristiques sectaires. D'autres insistent sur les risques que les groupes encouragent à une dépendance des individus et réduisent par là leur autonomie.

Ces éléments sont difficilement contestables. Les caractéristiques sectaires sont présentes dans la mesure où, étymologiquement, une secte consiste en un groupe d'individus séparés de l'expérience collective. Les membres d'un groupe d'entraide sont en effet à l'écart du fait même de leur expérience et de leur situation particulière, différences qui fondent leur existence collective. A cet égard, les caractéristiques que nous avons énoncées se retrouvent dans la plupart des associations et confréries humaines, dans les ordres professionnels par exemple, et ne sauraient constituer à l'évidence une marque de dangerosité per se. En la matière, les critères habituels d'examen d'éventuels indices sectaires (en termes de relations de pouvoir et de participation financière notamment) doivent prévaloir. Sous cet angle, les groupes d'entraide se révèlent largement antinomiques à la démarche sectaire en raison des caractéristiques même qui les fondent: égalité des individus face à la problématique rencontrée, indépendance face aux pouvoirs et institutions extérieures, faibles financements et frais de fonctionnement, valorisation de l'apport et des compétences propres de chacun. Dans les faits, l'idéologie sous-jacente aux modes d'organisation et de fonctionnement des groupes d'entraide apparaît plutôt comme associative et libertaire, et donc représentative de ces nouveaux liens de sociabilité émergeant au niveau local.

La relation de dépendance entre l'individu et le groupe est aussi l'objet d'interrogations. Le soupçon que la participation au groupe d'entraide reviendrait à substituer une dépendance à une autre émerge souvent. La confusion ici semble tenir à la maladresse de l'usage du terme de "dépendance" pour décrire les comportements addictifs. Un toxicomane ou un alcoolique n'est pas dans une simple relation de dépendance à son produit: il est pris dans un mode de consommation dysfonctionnel et abusif. La compulsion caractéristique des addictions va bien au-delà de la simple dépendance, notion qui indique simplement l'existence d'un besoin chronique. Si la participation à un

groupe d'entraide peut en effet relever d'une dépendance, la finalité de cette participation reste pour l'individu l'amélioration de ses fonctionnalités, notamment relationnelles et sociales.

D'une façon plus large, les réticences de certains professionnels envers les groupes d'entraide - notamment en matière d'alcoolisme et de toxico-dépendance - tiennent probablement au choc de deux micro-cultures. Cet antagonisme renvoie à un autre invariant anthropologique que nous aimerions maintenant aborder.

## Deux approches humaines

On peut distinguer, en ce qui concerne les corpus de connaissances élaborés par l'être humain, deux grandes tonalités, deux façons de connaître et de savoir. La première, la plus archaïque et la plus prévalente à travers l'espace et le temps, est l'approche expérientielle: c'est le domaine de l'expérience vécue, intériorisée. Dans cette approche, ne peut savoir quelque chose que celui qui l'a lui-même directement expérimentée. C'est le domaine des sociétés traditionnelles et des thérapeutiques chamaniques. Le guérisseur est lui-même atteint d'une blessure qui ne guérira jamais: il est le guérisseur blessé. Sans cette blessure, il ne pourrait pas guérir. De cette logique expérientielle procède le présupposé que la personne la mieux placée pour soigner ou aider une autre est celle qui a rencontré un même problème, et qui a trouvé des solutions appropriées.

La deuxième modalité, qui nous est peut-être plus familière depuis deux siècles, est l'approche expérimentale: pour savoir quelque chose, il suffit d'en avoir une expérience indirecte. Dans ce cadre de références, nul besoin de vécu personnel, le savoir est "transvasable" d'un individu à un autre et peut être stocké sur

des supports livresques, audiovisuels et informatiques par exemple.

Dans la rencontre, autour d'un patient, entre un professionnel de la santé et un groupe d'entraide, ce sont en fait ces deux grands systèmes épistémologiques de l'espèce qui s'affrontent. Dans le meilleur des cas, la vision de la complémentarité de ces deux approches s'imposera. Les sphères d'activité du spécialiste expérimental qu'est le praticien en santé et des spécialistes expérientiels que sont les membres du groupe d'entraide ne se chevauchent pas. Le conflit, lorsque conflit il y a, ne peut naître que de prescriptions divergentes autour du cas de santé ou lorsqu'un des systèmes épistémiques, par l'intermédiaire de celui ou ceux qui le représentent, cède à des tentations impérialistes visant à nier les qualifications et compétences de l'autre. La crise du système de santé qui secoue l'Occident semble recouper de près ces enjeux de pouvoir: la revalorisation des savoirs profanes en matière de gestion de la santé est l'un des enjeux majeurs de cette crise. Confrontés à l'explosion des coûts des soins et à l'accessibilité accrue à l'information médicale, les usagers des systèmes de soins semblent rechigner de plus en plus à rester dans une position de soumission - symbolique ou réelle - face à l'autorité médicale. Là où auparavant le prestige et les développements de la médecine technique leur assuraient une posture incontestable, les médecins se voient aujourd'hui questionnés sur leurs aptitudes et la validité au sens large de leur savoir. Si cet aspect des choses reste souvent peu visible dans le cadre de la relation (où les rôles du thérapeute et du patient sont suffisamment normés pour être joués encore assez fidèlement par les acteurs sociaux), cela transparait en revanche clairement des nouvelles habitudes de consommation en matière de santé.

## Changements de comportement

L'émergence de la modalité de l'entraide dans ce paysage de la santé s'intègre en plein dans cette perspective. La valorisation des savoirs et compétences issus de l'expérience personnelle comme source de solutions concrètes aux problèmes de santé en est l'enjeu sous-jacent. Cette recomposition de l'univers thérapeutique correspond effectivement à un moment de crise. Il implique une dé cristallisation de la relation entre thérapeute et patient pour autoriser la rencontre entre deux ordres de savoirs et de compétences. D'une relation à sens unique entre un praticien qui sait et un patient qui ne sait pas, on passe à un univers multiple, objet de négociations, entre personnes douées de compétences diverses.

C'est donc bien à une reconfiguration des relations de pouvoir et de sens que nous assistons dans le domaine de la santé. L'efficacité thérapeutique et sociale des groupes d'entraide laisse apparaître qu'ils constitueront à l'avenir une donne incontournable des systèmes de santé. Déjà, pour revenir au sujet de l'alcoolisme et des toxico-dépendances, un nombre croissant d'institutions développe des collaborations avec ces partenaires naturels.

D'une façon plus générale, ce mouvement reflète celui de la redéfinition de la notion de citoyenneté. Des associations d'usagers se posant en interlocuteurs naturels des décideurs institutionnels aux groupes d'entraide disposant de ressources thérapeutiques spécifiques, ces associations amènent incontestablement quelque chose de bénéfique et de novateur dans l'univers des pratiques de soins. Elles rappellent notamment que si la bio-médecine s'est spécialisée dans les questions de pathologie, sa maîtrise des processus de guérison reste largement à compléter.

CARREFOUR

PREVENTION®

présente

J'



les non-fumeurs

**CIPRET**

PREVENTION TABAGISME

GENÈVE



**Bourré de talent,  
pas d'alcool.**

**fegpa**

PREVENTION DE L'ALCOOLISME

association  
  
Fourchette  
verte

**MAÎTRISE  
STRESS**

Antenne des diététiciens genevois  
  
ADiGe

*Permanence de l'Adige tous les mercredis de 17h à 19h*

**Carrefour Prévention**  
Rue Henri-Christiné 5  
CP 567  
CH-1211 GENÈVE 4

**Heures d'ouverture de l'arcade**  
Lundi - jeudi 9.00-17.00  
Vendredi 9.00-13.00  
Tél. 022/321 00 11 - Fax 022/329 11 27

Internet Swissweb «<http://www.prevention.ch>»

E-mail «[carprev@iprolink.ch](mailto:carprev@iprolink.ch)»

# Rencontres et qualité de prestations: le cocktail des groupes "Croix-Bleue"

*Caroline Jobin, secrétaire romande des Unions chrétiennes suisses, Hauterive*

*(réd.) La qualité de la relation est nécessaire pour une rencontre et pour une aide. Elle n'est toutefois pas suffisante à l'intérieur des groupes d'entraide: des éléments de formation sont en effet indispensables pour obtenir un niveau d'efficacité et de qualité satisfaisants. Par ailleurs, la dynamique du groupe peut évoluer vers une fermeture - les buts de l'accueil sont ainsi perdus. Une formation et une professionnalisation peuvent éviter des glissements.*

## **La rencontre: un axe capital**

La compréhension du rôle des groupes de soutien, plus particulièrement ceux de la Croix-Bleue dont il est question ici, relève davantage d'aspects relatifs à l'humain, que d'un long développement théorique. Si autrefois ces groupes sont nés de la solidarité et de la bonne volonté des fervents militants de la Croix-Bleue à ses débuts, l'évolution de la société implique de définir aujourd'hui clairement leurs buts et leur rôle, dans notre contexte social actuel, ainsi que l'engagement des bénévoles qui les font vivre. Pour une personne devenue dépendante de l'alcool, participer à un groupe de soutien peut être un complément important de son parcours thérapeutique, pour autant que celui-ci ait des objectifs clairs et soit mené par des personnes compétentes et adéquates.

Mettons en évidence un point essentiel de toute démarche d'entraide: la rencontre.

Qu'il s'agisse de groupes réguliers, de camps ou d'un service tel que le SOS alcoolisme, le premier pas de l'entraide tient de l'alchimie subtile de la rencontre entre deux êtres, dont va naître l'impulsion et la motivation à cheminer plus avant. Le secret de la réussite du premier contact entre l'aidant et l'aidé ne consiste pas en une recette toute faite, à reproduire rationnellement, mais fait plutôt appel au domaine de l'affect et des émotions, souvent communiqué inconsciemment, par le langage non-verbal.

Par son regard, ses gestes, le ton de sa voix, son attitude, une personne dit à une autre: "je t'accueille, tu vaux la peine, je

crois en toi, je te regarde avec dignité, j'ai envie de te connaître et de t'aider. L'autre comprend le message comme: "je vaux encore quelque chose, il y a un espoir, au fond de mon trou noir, je suis digne d'être aimé". Ces premiers instants de la rencontre suscitent souvent un éclair d'espoir, premier pas dans le long chemin vers un mieux-être.

Passé le premier contact, l'efficacité des groupes de soutien ou d'entraide va dépendre de la qualité des relations vécues entre ses membres, davantage que des activités ou du programme proposés. En effet, selon les témoignages reçus concernant le vécu de tels groupes, les éléments les plus importants cités concernent essentiellement les rapports humains.

Les personnes qui y prennent part parlent de chaleur humaine, de contacts, d'amitié, de partage, d'échanges, d'écoute, plusieurs estiment même que le groupe est leur nouvelle famille. D'autres encore relèvent l'état d'esprit positif et accueillant, le fait d'être reçu sans jugement, d'être compris dans sa réalité de vie et accepté tel quel.

## **Hors risques**

Outre les relations humaines, les groupes d'entraide de la Croix-Bleue offrent des espaces de vie "sans risques" pour la personne alcoolique, puisque l'abstinence est de règle. Toutes les participantes et participants sont donc sur un pied d'égalité sur ce plan-là, partageant de fait un même choix de vie, une même culture "sans alcool". Aux dires des personnes encore fraîchement sorties de leur période

de d'alcoolisme, il est sécurisant de pouvoir se retrouver dans un lieu où le fait de ne pas consommer de l'alcool est "normal", où en plus de son propre apprentissage de l'abstinence, il n'est pas nécessaire de lutter contre la pression sociale existant dans ce domaine, et les fréquentes tentations possibles.

En résumé, le but fondamental des groupes d'entraide de la Croix-Bleue est d'être un lieu d'accueil sans alcool, où il est possible de (re)trouver le sens des relations humaines.

L'idée de Louis-Lucien Rochat, fondateur du mouvement il y a plus de cent ans, était de créer au travers des groupes une longue chaîne de solidarité, formée de personnes souffrant de leur alcoolisme, d'autres qui s'en étaient sorties et voulaient à leur tour offrir leur aide pleine d'expérience, et d'autres encore qui, sensibilisées à cette souffrance décidaient de s'engager solidairement. Pour que de nouveaux maillons viennent allonger toujours la chaîne, le principe des groupes d'entraide est d'être ouverts sans cesse à de nouveaux arrivants, et donc en perpétuelle évolution. C'est ainsi que la Croix-Bleue à ses débuts a vu le nombre de ses membres augmenter en flèche.

## Des écueils

Cependant, cette vision idéale des groupes d'entraide comporte bien entendu son revers de médaille: la vie d'un groupe d'accueil comporte des écueils et des difficultés, qu'il convient également de présenter ici. Accueillir des personnes piégées par l'alcool demande un engagement et un investissement important de la part des membres du groupe. Comment garder intacte cette motivation à renouveler toujours cet engagement pour de nouveaux arrivants, ce qui suppose d'accepter que l'atmosphère du groupe soit différente, que chacun se remette en question, que les relations entre les membres soient aussi modifiées? Des phénomènes de peurs du changement, de perdre un peu la richesse des contacts établis jusque-là, de voir le déroulement du groupe bouleversé par une nouvelle personne provoquent souvent des réactions de blocage, de retrait, voire de rejet, qui peuvent rendre la vie du groupe difficile.

Dans le cas de la Croix-Bleue, des groupes ayant vécu ensemble durant des dizaines d'années se sont ainsi repliés sur eux-mêmes, perdant de ce fait la capacité à accueillir de nouveaux membres en

difficultés. Le groupe s'est mis à vivre pour lui-même, et non plus dans le but d'offrir de l'aide et d'accueillir.

Depuis quelques années, le mouvement s'est remis en question, a réfléchi comment retrouver l'esprit des pionniers, et mis en place un nouveau concept pour la création de nouveaux groupes, qu'ils aient pour but essentiellement le partage et le vécu des membres, ou une activité commune, telle que le sport, les loisirs etc....

Ces groupes sont créés sur la base d'un certain nombre de critères prédéfinis, et non pas au hasard ou de la simple volonté de quelques personnes. Les besoins, moyens (matériels et humains), responsabilités et objectifs sont réfléchis avec un professionnel, qui accompagne ou supervise le groupe à ses débuts. Idéalement ces groupes sont intégrés

La simple bonne volonté des personnes bénévoles ne suffit souvent pas à faire vivre les groupes de manière satisfaisante

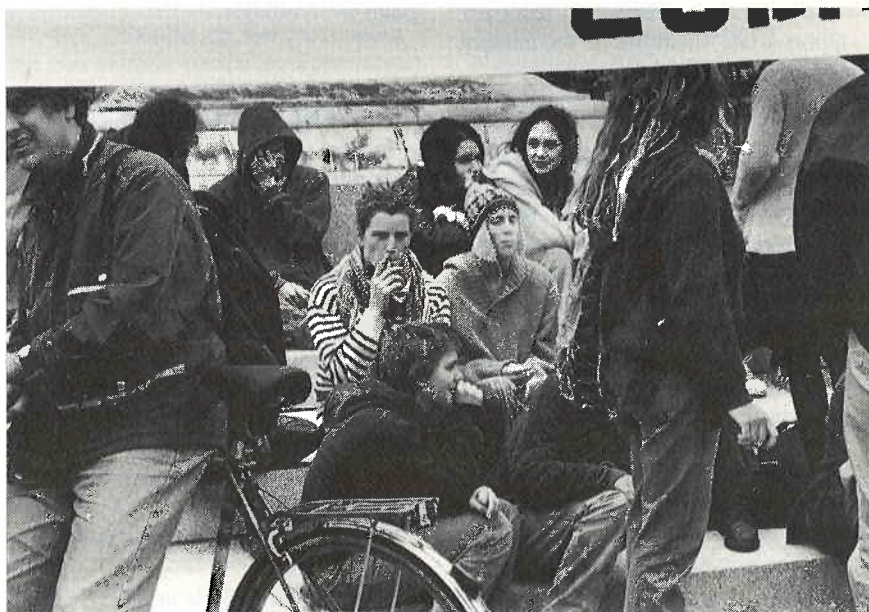


Photo Interfoto

### *Le groupe est protecteur*

dans un réseau formé de professionnels du domaine de l'alcoolisme, de maisons de cure, de services sociaux etc...

Le SOS-alcoolisme, les camps et weekends d'accueil organisés par la Croix-Bleue ont également été repensés dans le même ordre d'idée et constituent une offre complémentaire à celles des groupes locaux:

- A l'écoute 24h sur 24h, les répondants du SOS-alcoolisme ont comme but d'offrir à n'importe quel moment à une personne en détresse à cause de l'alcool la possibilité d'être écoutée et aidée.
- Les camps sont une offre concentrée sur une courte durée de vie de groupe

intensive. Ils peuvent devenir des étapes importantes de vie pour les participants. Les périodes de fêtes étant souvent les plus difficiles à vivre, ces camps sont proposés en priorité durant ces moments-là...

## Une qualité de services

Comme dit précédemment, la qualité de vie des groupes, des camps et autres services offerts par le mouvement dépend essentiellement des personnes qui les animent et/ou en sont responsables.

Les compétences requises pour mener à bien une telle tâche sont par exemple:

- être authentique, vrai, en accord avec soi-même
- ouverture à l'autre, écoute active, empathie
- savoir communiquer, facilité à entrer en contact, à établir une relation
- être capable de prendre du recul par rapport à une situation, de reconnaître ses propres sentiments.

Or ces différentes qualités ne s'acquièrent pas forcément spontanément, et la simple bonne volonté des personnes bénévoles ne suffit souvent pas à faire vivre les groupes de manière satisfaisante: les obstacles sont nombreux et souvent cachés. En toute bonne conscience, on se fait piéger dans une relation, manipuler inconsciemment, ou alors on manipule l'autre à notre tour. Face aux importantes difficultés de la vie d'une personne, il n'est pas toujours facile d'y voir clair et de savoir comment agir de façon adéquate: comment aider l'autre en le laissant libre de diriger sa vie, comment rester libre soi-même face à lui, etc...

Au vu des difficultés vécues à ce sujet et dans le cadre de sa réflexion intitulée

"nouveau printemps", la Croix-Bleue a mis en place un parcours de formation à l'intention des personnes bénévoles engagées dans le mouvement, dans le but de renforcer leurs compétences auprès des personnes dépendantes de l'alcool. Comportant trois modules, cette formation offre aux participants de :

- Mieux se connaître, et connaître leur environnement
- Mieux communiquer avec un partenaire en relation d'aide
- Mieux comprendre la personne dépendante
- Devenir capable de diriger et animer un groupe

Une première volée de participants est en train de vivre ces cours, réalisés en collaboration avec l'ARPIIH (Association Romande pour le Perfectionnement du Personnel d'Institutions pour Handicapés), et visant à un certificat d'accompagnant en alcoologie.

## Un mouvement chrétien

Pour terminer, j'aborderai un dernier aspect, particulier aux groupes d'entraide et aux autres activités de la Croix-Bleue, qui est d'ordre spirituel, l'un des fondements de ce mouvement étant la foi chrétienne. Dans ce domaine, le but est d'offrir un espace de vie spirituelle, dans le respect des convictions et du cheminement de chaque personne. Dans les témoignages qui nous sont exprimés, chacun l'exprime à sa manière:

"Chaque matin, je remercie Dieu pour cette re-naissance".

"J'ai découvert la Bible et retrouvé la foi

que j'avais mise "en veilleuse" depuis longtemps."

"J'ai découvert Dieu, je sais qu'on ne peut plus enlever Jésus de mon cœur. Sa présence percutante m'a permis de cesser d'absorber de l'alcool et de fumer. Pendant ces trois ans, les moments de combats et de rechutes ont été courts, car Dieu a placé et place encore des garde-fous sur ma route."

"Chaque soir, je remercie le Seigneur d'être en vie, et j'ai espoir en l'avenir".

Enfin et pour conclure, le fait que des hommes et des femmes, depuis tant d'années, soient sensibilisés à la souffrance des personnes dépendantes, prennent le risque d'entrer en relation avec elles et s'engagent au sein du mouvement, trouve à mon avis son sens dans ces paroles de Louis Evely:

"La plus belle définition que je connaisse de l'amour est de Gabriel Marcel: aimer un être, c'est espérer en lui pour toujours.

"Sans crédit, il n'y a plus moyen de grandir. On ne grandit bien que pour quelqu'un qui croit en vous. On ne grandit bien que quand on est aimé."

"Le meilleur de vous, vous ne le connaissez pas. Est-ce que vous rêvez encore? Le meilleur de vous, vous ne l'avez pas connu, le meilleur de vous peut surgir d'un moment à l'autre. C'est ce que faisait le Christ dans l'Evangile. Il a traité chaque être comme si personne ne l'avait jamais connu, comme si personne ne l'avait jamais assez aimé, comme si tout le monde était encore des enfants, des êtres à capacité de croissance: Zachée, Marie-Madeleine, Matthieu le publicain, tous les êtres qu'Il a rencontrés, Il a deviné l'âge auquel ils s'étaient arrêtés de grandir parce qu'on s'était arrêté de les aimer."



# L'expérience des Narcotiques Anonymes

*N.A. - Comité d'Information Publique - Suisse Romande - CP 429 - 1000 Lausanne 17  
Marc A., Membre des Narcotiques Anonymes.*

*L'association des "Narcotiques Anonymes" a débuté aux Etats-Unis dans les années cinquante. Quelques dépendants-toxicomanes ayant trouvé de l'aide chez les "Alcooliques Anonymes" décidèrent d'adapter ce programme aux besoins spécifiques des toxicomanes. Les premières réunions eurent lieu à Los Angeles en 1953. En Suisse romande, N.A. existe depuis 1989. Il y a actuellement une quinzaine de réunions hebdomadaires réparties entre les villes de Genève, Lausanne, Martigny, Sion et Sierre. Approche thérapeutique et témoignage d'un membre.*

"Narcotiques Anonymes" se définit comme une "fraternité ou une association à but non lucratif, composée d'hommes et de femmes pour qui la drogue était devenue un problème majeur. Nous sommes des dépendants en rétablissement, et nous réunissons régulièrement pour nous entraider à rester abstinents". N'importe quelle personne ayant un problème de drogue, ou qui pense en avoir un, quelles que soient la ou les drogues consommées, peut se déclarer membre de NA. L'appartenance est gratuite et purement volontaire.

Aucune cotisation n'est perçue et il n'existe pas de structure hiérarchique. Chacun est libre de participer aux réunions de son choix. Les groupes sont autogérés et subviennent à leurs propres besoins grâce aux contributions bénévoles de ceux qui y participent. N.A. ne sollicite et ne reçoit aucune subvention extérieure. La prise en charge des groupes par les dépendants eux-mêmes fait partie intégrante du processus de rétablissement.

## **Approche thérapeutique**

"Narcotiques Anonymes" propose à ses membres un programme de rétablissement en douze étapes, adaptées des Alcooliques Anonymes. En suivant ce programme, nous apprenons à admettre et à accepter notre dépendance, à demander et à recevoir de l'aide, à mieux nous connaître, à nous réconcilier avec notre passé et à aider d'autres personnes qui souhaitent arrêter de consommer.

Le programme de N.A. repose sur une approche spirituelle, ce terme est utilisé

sans qu'il lui soit donné un sens philosophique ou méta-physique précis. "Narcotiques Anonymes" est non-religieux et encourage chaque membre à cultiver sa propre démarche spirituelle.

Nous croyons qu'une des raisons clefs de notre succès réside dans la valeur thérapeutique de dépendants travaillant avec d'autres. Dans nos réunions, chacun d'entre nous partage son expérience personnelle de la toxicomanie et du rétablissement, sans intervention de professionnels ou d'autres personnes extérieures. Un nouveau membre peut, s'il le souhaite, être parrainé par un "ancien", qui apporte son expérience du rétablissement et avec lequel s'institue une relation privilégiée.

Dans "Narcotiques Anonymes", nous considérons la dépendance - l'addiction - comme une maladie. Il ne nous appartient pas de juger de l'exactitude médicale d'un tel point de vue, cependant nos membres y trouvent une approche qui les aide et correspond bien à leur expérience et à leur vécu.

Nous encourageons vivement nos membres à observer une abstinence complète de toute drogue, alcool inclus. Notre expérience commune nous a appris que l'abstinence totale et continue offre un terrain favorable au rétablissement et à la croissance personnelle, réduisant ainsi les risques de rechute liés à la substitution d'un produit par un autre. Nous ne prenons pas position sur l'utilisation de médicaments prescrits pour le traitement de maladies spécifiques ou de conditions psychiatriques particulières. Nous invitons nos membres à interroger leur expérience personnelle, celle

d'autres membres et de représentants qualifiés du corps médical pour se forger une opinion sur ce point.

## Une structure simple et accessible

Chaque réunion commence généralement par une lecture de textes présentant N.A. et son fonctionnement. Ensuite, les participants sont invités à parler librement des problèmes qu'ils rencontrent et des solutions qu'ils trouvent dans une vie sans drogue. Ces échanges ne se font pas sous forme de discussions; lorsqu'une personne prend la parole, elle n'est pas interrompue. Chacun peut y prendre ce qui lui est utile et laisser le reste. La seule condition pour être membre de "Narcotiques Anonymes" est le désir d'arrêter de consommer des drogues.

La plupart des groupes disposent de salles louées auprès d'organisations publiques, religieuses ou civiques. Les réunions ne sont jamais tenues sous surveillance, mais nous insistons pour qu'aucun participant n'ait sur lui de drogue ou de matériel servant à la consommer.

La fraternité de "Narcotiques Anonymes" n'a pas d'avis et ne se prononce sur aucun sujet en relation ou non au domaine de la toxicomanie. Nous nous limitons à parler uniquement de ce qui a marché pour nous et invitons d'autres dépendants à prendre le même chemin. Nous ne sommes pas associés à des centres de sevrage, de traitement ou de post-cure et n'offrons aucune prestation juridique, médicale, psychiatrique ou sociale.

Avant d'arriver à N.A., la plupart d'entre nous avons essayé sans succès d'arrêter de consommer par divers moyens. Nous sommes convaincus qu'en participant régulièrement à nos réunions, un grand nombre de dépendants peut devenir abstinent, le rester et se rétablir. Nous garantissons l'anonymat de nos membres et ne tenons aucune liste de présence. Les statistiques existantes se basent donc uniquement sur le nombre de groupes existants aux quatre coins du monde.

## Une vision personnelle: témoignage

*L'aide que j'ai reçue lors de ma première réunion N.A. peut se définir par une bouffée d'espoir. Après neuf ans de poly-toxicomanie, j'étais quasi résigné, je me croyais destiné à quelque statistique concernant les overdoses. Dans le meilleur des cas, disparaître, emportant ma folie aux confins des Indes, trip mystique et suicidaire tout à fait de circonstance, vu mon état. Ma réalité? Je n'étais même plus capable d'effectuer le kilomètre qui me séparait de ma méthadone. La consommation effrénée m'avait détruit physiquement, mentalement et spirituellement.*

*Durant un sevrage en clinique, j'ai dû assister chaque semaine à une réunion N.A. Un aspect de l'entraide est bien sûr l'identification, découvrir que je n'étais pas un extra-terrestre déficient mais bien un être humain, vivant avec la maladie de la dépendance, m'a ramené à une vision plus terre à terre. D'autres personnes vivaient avec ce problème et une solution m'était proposée.*

*L'abstinence en elle-même n'a rien d'attrayant, mais découvrir, au travers d'un partage, la qualité de vie qu'elle peut procurer donne vraiment envie. La seule promesse qui est faite chez Narcotiques Anonymes, c'est qu'en fréquentant régulièrement les réunions, l'obsession de consommer disparaît. Au début de mon rétablissement j'ai eu besoin de passer beaucoup de temps avec des membres de Narcotiques Anonymes, j'ai dû apprendre à communiquer, à socialiser, sans le produit comme centre d'intérêt commun. Entouré de dépendants abstinents, je me sentais en sécurité, nous riions de nos imperfections, pour eux toutes ces peurs qui me hantaient étaient normales, ils ne les connaissent que trop bien. J'ai appris à faire confiance, petit à petit j'ai pu m'ouvrir à d'autres personnes, plaisanter avec des collègues de travail, prendre la parole en public ou simplement adresser la parole à une jolie fille dans le bus.*

*Aujourd'hui, je suis abstinent depuis cinq ans, je réalise que les nouveaux venus*

*apportent également beaucoup. Leur courage face au sevrage, leur détermination à tenter l'aventure du rétablissement me rappelle que j'ai vraiment fait le bon choix. Le Programme de N.A. suggère aux nouveaux de se choisir un parrain, une marraine pour les femmes. Le parrain est un membre qui a plus d'expérience dans le rétablissement, il donne du temps, de l'écoute et partage ce qui a marché pour lui. Libre à chacun de suivre ou non les suggestions de son parrain.*

*Personne n'a réponse à tout, N.A. est une solution parmi d'autres. Pour ma part, j'ai eu besoin de l'aide d'assistants sociaux, de thérapeutes, d'orientateurs professionnels, de médecins et de centres de traitements. Je crois que si je n'avais pas su accepter toutes ces mains tendues je serais mort ou enfermé à l'heure qu'il est. Avec ces quelques années d'abstinence, j'ai trouvé une certaine estime de moi, j'ai appris à exprimer mes émotions et me sens à ma place dans la société. Ma vie me plaît, je vis en couple et envisage sérieusement d'avoir un enfant. Le plus étonnant est peut-être le plaisir que je trouve dans le travail, j'ai la chance d'exercer le métier que j'aime.*

*Malgré tout, il m'arrive de douter que cela puisse durer. Dans ces moments, la seule solution pour me rassurer est de décrocher le téléphone et parler avec quelqu'un qui a 8, 10 ou ... 30 ans d'abstinence; lorsque je raccroche, je sais que s'il a pu le faire, j'y arriverai aussi !*

*"Narcotiques Anonymes n'a aucun avis sur des sujets extérieurs à son activité, sa seule compétence est d'aider des dépendants à devenir abstinents et à le rester. Pour demeurer à l'écart des controverses et éviter de nous diviser, nous concentrons notre énergie sur nos compétences particulières". Cette ligne de conduite permet ainsi à chaque membre de développer sa propre personnalité et se forger son opinion qu'il pourra défendre en son nom. Aucun membre ne peut représenter N.A., ce texte est donc ma réflexion sur l'entraide au sein de cette association et n'engage nullement N.A. dans son ensemble.*

# Highlights

## concernant la désintoxication

### Nemexin® (Naltrexone HCl)

Admis par les  
caisses-maladie (I)  
depuis le 15 mars 1994

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans  
opiacés qui, parallèlement à une prise en charge  
psychosociale, prévient efficacement la rechute.

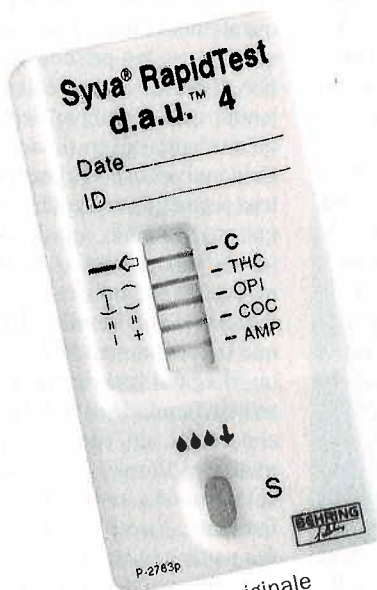
En 1995, aux Etats-Unis, Nemexin® a été admis pour  
le traitement des personnes dépendantes de l'alcool.

## et le diagnostic des drogues

### SYVA® TEST RAPIDE

Dade Behring produit le test  
immunoenzyme Emit®, méthode  
numéro un mondiale de  
dépistage des drogues.

Sous la forme d'une carte facile à  
manier, le test rapide SYVA® permet  
de détecter la présence d'une ou de  
plusieurs drogues dans les urines.



grandeur originale

Le premier test de dépistage rapide des drogues  
avec contrôles réactifs incorporés pour des résultats fiables.

- simple
- rapide
- fiable
- offre

mettre 3 gouttes d'urine dans le creux  
vous avez le résultat après 10 min. au plus tard  
résultat clair, facile à lire  
tests uniques et combinés adaptés à  
tous les besoins:

- cannabis, cocaïne, opiacés,
- test à 4 métamphétamines
- test uniques • cannabis
- opiacés
- cocaïne
- métamphétamines
- barbituriques
- benzodiazépines
- méthadone

**Documentation,  
informations et  
exposés auprès:**

Opopharma S.A.  
c/o Polymed Medical Center  
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg  
Tél. 01/810 03 14 et 01/828 63 63  
Fax 01/818 04 10

# La nécessité d'un appui par les pairs

*Danièle Geisendorf Sappey, Présidente de l'Antenne Drogue Familles, Genève*

*L'AGPCD, rebaptisée Antenne Drogue Familles, existe depuis cinq ans. Elle est née, d'une part, de la conviction d'un père d'enfant toxicomane, de l'appui d'une personne professionnelle émanant de la "Permanence Familles" d'Argos, alliés à d'autres parents concernés, d'autre part, d'une personne ex-toxicomane qui y a joué un rôle important.*

## **Echange, partage et accompagnement**

Il a été important pour moi d'échanger, avec des pères et des mères concernés, sur un problème qui nous touchait tous de près. Au travers de nos réunions, nous pouvions reprendre confiance et sortir de cet isolement, qui malheureusement est trop souvent le propre des familles concernées.

Cet isolement nous conduit à penser que nous sommes seuls à nous débattre dans des problèmes qui nous paraissent insolubles, renouvelés inlassablement au fil des semaines, voire des années: seuls à décider, seuls à se culpabiliser, seuls à souffrir. Le contact avec d'autres parents, en majorité des mères, nous conforte et nous aide à nous ouvrir aux autres, et nous amène à partager le plus dur de notre expérience. Il en résulte que nous pouvons décharger notre tension, notre colère, notre angoisse, notre fatigue que nous sommes seuls à porter. La mère et le père d'un toxicomane s'endorment avec leur fardeau, et se réveillent avec.

Nous avons pu constater combien il était vital de nous regrouper (et nous aurons toujours ce besoin) et important de maintenir cet espace, où tout peut être dit, partagé en confiance et respect. Nous parlons entre personnes qui vivent la même souffrance, et non pas à des personnes qui imaginent ce qu'elle pourrait être! Cette égalité d'entraide nous replace dans la réalité de la solidarité et nous permet à nouveau d'exister, avec d'autres repères. Chaque personne a sa manière de se raconter, comme de décrire le ressenti de

son parcours et d'apprécier comment appréhender les événements qui la concernent. Par exemple, les mères qui peuvent parler de l'emprisonnement de leurs enfants, avec angoisse, et parallèlement avouer qu'elles vivent un moment de répit. L'impact de leurs dires devient positif par rapport aux autres, montrant par leurs témoignages que dans toute situation, il peut y avoir du bon dans le pire.

Les parents présents vivent la toxicomanie de leurs enfants, à des périodes différentes, certains depuis quinze ans, d'autres dans des périodes allant de 2 ans et plus. De fait, la durée de consommation des drogues étant variable, ils expliquent aux autres parents comment se situer dans les périodes de consommation. Il est rassurant d'entendre dire qu'un jeune, qui se drogue depuis dix, voire quinze ans, est en passe de s'en sortir. Cela ravive l'espoir chez les parents, cela leur permet de reprendre confiance en ce qui est possible, et démontré par les jeunes eux-mêmes. Chaque récit à ce niveau est exemplaire.

Au sein d'une famille, il arrive souvent que la consommation de drogues légales ou illégales parvienne à disloquer le milieu familial jusqu'à l'éclatement. En consacrant du temps à chacun, sous toutes les formes de l'écoute, du partage et du soutien, nous recréons une image familiale; à ce point vrai que le rire en fait partie avec tout ce qu'il peut apporter de vivifiant. Quand une personne est fragilisée, nous pouvons aussi l'accompagner dans une démarche difficile. Nous en avons fait l'expérience, et avons constaté son effet miraculeux. Ce que

nous pensions être peu de chose s'est avéré fondamental. C'est ce rôle de médiateur qui permet aux personnes de reprendre confiance en elles, et par la suite, de le démontrer.

## Du temps

Après quelques années de pratique associative, on constate que le travail des personnes bénévoles, concernées directement par les problèmes qui les lient et les motivent, est un complément majeur aux structures existantes officielles. L'individu qui vit la toxicomanie vit d'abord une expérience humaine, difficile à contrôler, qui peut parfois échapper au raisonnement logique, et qui ne se maîtrise pas à coup de théories, si intelligentes soient-elles.

Toutes institutions officielles, qu'elles soient médicales, sociales ou politiques, ne sont pas à même d'évaluer les énergies d'une personne toxico-dépendante. Le regard qu'elles portent sur celui ou celle qui consomme est bien plus porté sur la finalité d'un comportement, que sur l'appréciation des efforts qu'elle fournit pour s'en sortir. Elles évaluent plutôt ce que veut bien leur donner une personne toxico-dépendante lorsqu'elle utilise leurs services pour un temps donné, souvent très court.

A contrario, dans le cadre d'une association, elles ont la possibilité de s'épanouir, de partager, et dire longuement leurs souffrances, leurs envies, leur appétit de vivre autrement. La complémentarité est certes nécessaire, mais doit répondre aux besoins, et si possible évoluer dans les stratégies selon la trajectoire de chacun. Le fait de pouvoir parler à d'autres de ce que l'on ressent devient le révélateur de ce que l'on n'appréhendait pas soi-même, dans une réflexion unilatérale. C'est là que le temps ne doit pas être compté; l'élaboration des propos n'est pas évidente face à la souffrance, au désarroi, à la culpabilité, à la colère, à la revendication exprimés. Il y a aussi le fait qu'il faut du temps aux parents pour OSER apprendre le contenu des produits consommés, de maîtriser leur peur quant à leurs effets. Autant de temps pour accepter qu'on leur dise, dans les milieux officiels contactés, que leurs enfants sont majeurs, et qu'à la limite tout ce qui les concerne ne les regarde plus. Pourtant, ce sont ces mêmes parents qui vivent quotidiennement avec leurs enfants et qui les assument!

Dans l'harmonisation des rôles des partenaires, on a pu constater qu'à chaque fois que nous avons pu réunir ceux-ci, liés directement à la personne toxico-dépen-

dante, (médecin, assistant social, policier de la brigade des stupéfiants et la liste n'est pas exhaustive) en présence du principal concerné et sa famille, la compréhension, la dédramatisation et l'évolution des rapports s'en sont trouvés améliorés.

## Conclusion

Au fil des rencontres, nous avançons vers la tolérance, la compréhension de la per-

sonne en difficulté qui, derrière les produits, vit une grande souffrance qui doit être prise en compte. Puisque chaque individu est unique, nous apprenons qu'il n'y a pas de solution miracle, mais que les réponses sont en chacun de nous, guidées par beaucoup d'amour et de patience. Nous voulons être des partenaires, nous sentons comme fondamental les échanges qui se passent dans le milieu privilégié qu'est l'association.

Publicité

**J'ARRÊTE  
Le 31 mai  
DE FUMER**

# Quitter la cigarette! Gagner 5'000 francs?

Carte de concours  
0800 882 555

**at** Association suisse pour la prévention du Tabagisme

**CIPRET**  
PREVENTION TABAGISME

0800 882 555

# L'entraide dans les processus de sevrage tabagique

*Michel Grisier, Secrétaire général, Ligue Vie et Santé suisse, Genève*

*L'opinion publique considère, en général, le fait de fumer comme une habitude et même, une mauvaise habitude, une "détestable habitude" selon les non-fumeurs enfumés. Mais, de toute façon, une **habitude**. Et avec un peu de volonté, on peut changer ses habitudes, c'est bien connu.*

## **"Il n'y a qu'à vouloir !" dit-on**

Le nombre élevé de fumeurs qui multiplient les essais "à coup de volonté", suivis de rechutes culpabilisantes, est significatif de cette erreur d'appréciation du problème de la dépendance tabagique.

Dès 1966, la Ligue Vie et Santé a introduit en Suisse le Plan de 5 Jours Plus, une méthode éprouvée et efficace de désaccoutumance tabagique. Depuis cette date, soit plus de 30 ans, notre association a acquis une grande expérience dans ce domaine. Le Plan de 5 Jours Plus a été mis au point à l'université de Loma Linda, en Californie, par le Dr W. Mac Farland en 1959 et a été régulièrement actualisé au fur et à mesure des progrès scientifiques. Cette thérapie allie une approche physiologique et psychologique au sein d'un groupe d'entraide. Ce sont ces trois éléments conjugués qui en font l'originalité et le succès. Le Plan de 5 Jours Plus **ne fonctionne pas en traitement individuel. Le groupe d'entraide est l'élément moteur nécessaire et indispensable.**

## **Une dépendance**

Il est difficile de faire admettre aux fumeurs qu'ils ne sont pas victimes d'une "habitude", mais bel et bien d'une dépendance très forte provoquée par une drogue légale et insidieuse: la nicotine. Le "futur ex-fumeur" qui arrive dans le groupe est très culpabilisé. Il lui semble n'avoir aucune volonté, puisqu'il n'a pas réussi à abandonner son "habitude". Il attend une méthode miracle qui ne fera pas appel à sa volonté défaillante. Il va

alors découvrir qu'il n'est pas seul dans ce cas, mais que tous les participants ont fait la même expérience. Chacun va raconter ses nombreuses tentatives, le temps que ces vellétés ont tenu, les rechutes, les essais avec des méthodes toutes aussi inefficaces les unes que les autres...

Certains participants racontent avoir totalement cessé de fumer pendant plusieurs mois, plusieurs années même. Ils se sont alors sentis suffisamment forts pour réaliser le rêve de tout fumeur : juste une ou deux cigarettes par jour ! C'était le piège fatal. La rechute suivie de sentiments de culpabilité. C'est lors de ces échanges que commencent à se créer une solidarité et un esprit de groupe.

## **Prise de conscience**

L'animateur spécialisé dans la partie physiologique fait prendre conscience au groupe de ce qu'est une dépendance, comment le système nerveux réagit sous l'effet de la drogue nicotine, comment les centres nerveux cérébraux sont conditionnés par ce produit et que finalement la "volonté" n'a que peu de poids face aux réactions puissantes du cerveau sur l'organisme et que la reprise d'une seule cigarette, même après une longue abstinence, réenclenche le processus physiologique de la dépendance.

Le second animateur aborde l'importante partie psychologique. Ce qu'est réellement la volonté, son rôle, ses limites et ce que les participants peuvent en attendre. Puis il fait découvrir au groupe le moteur véritable de la réussite : non les vellétés fragiles mais les motivations affectives

profondes du désir de cesser de fumer. Ces motivations personnelles seront différentes d'un participant à l'autre, en fonction du ou des problèmes que le fumeur avait cherché à résoudre au moyen de la drogue nicotine.

C'est sur ce dernier point que s'axe toute l'action thérapeutique du groupe.

Dans l'échange qui s'établit, naissent ou se renforcent des motivations suffisamment fortes pour tenir bon face aux "envies irrésistibles".

Les animateurs vont ensuite aider à créer un système de partenariat téléphonique entre les participants, chacun appelant l'autre au cours de la journée pour s'encourager mutuellement, échanger au sujet de situations ou de problèmes rencontrés.

A chaque séance, les participants racontent comment ils ont vécu leur journée sans nicotine. La force des envies de fumer, leur fréquence, les problèmes liés au contact avec leurs amis fumeurs, leur famille, etc. Quelles stratégies leur ont permis de tenir bon - ou ont échoué. Ils font état également des malaises liés à l'état de manque de nicotine, la liste est longue et variée, du manque de concentration à de violents maux de tête, en passant par une notable irritabilité. Mais de savoir que tout le monde a sa part de "bobos" (et que l'on n'en a peut-être pas autant que le voisin !) est un élément positif.

Les animateurs vont donner des conseils diététiques, hydrothérapeutiques et respiratoires afin de diminuer la force des malaises provoqués par l'état de manque. Mais également faire réfléchir les participants sur les raisons qui les ont amenés à devenir fumeurs, donc dépendants, car la cigarette est souvent un "écran de fumée" servant à masquer un problème personnel que l'on ne peut résoudre. La dépendance naît, en général, de la rencontre d'un mal-être ou d'une souffrance avec un produit. C'est la mauvaise solution d'un vrai problème. Au moment de la crise de l'adolescence, la cigarette apparaît comme le moyen simple et efficace pour s'intégrer à un groupe, vaincre sa timidité, son manque d'assurance et son angoisse. Tout cela resurgit fortement lors des discussions entre participants. Cela conduit le groupe à une remise en cause de son mode de vie, de ses relations avec les autres, de l'image que l'on a de soi finalement. Et c'est là la clef d'un succès durable.

## Quels résultats?

La thérapie du Plan de 5 Jours Plus s'étend sur une durée de 8 séances.

Une soirée de préparation, suivie, quelques jours plus tard, de 5 soirées consécutives où le groupe travaille ensemble avec les deux animateurs, puis deux rencontres de consolidation à intervalle variable selon les groupes, en fonction du calendrier et des possibilités de chacun. Enfin, une évaluation au bout d'une année effectuée par un entretien téléphonique.

Les résultats varient en fonction du degré

de solidarité et d'entraide du groupe.

Dans des groupes homogènes, par exemple lors de thérapies faites dans le cadre d'une entreprise, où tous les participants se connaissent et se rencontrent quotidiennement, les résultats à 12 mois peuvent atteindre 50 % de succès. Par contre, dans des groupes non homogènes où les participants communiquent peu ou pas entre eux, les résultats peuvent ne pas dépasser 10 %. En moyenne, en Suisse romande, les résultats sont de l'ordre de 33-34 %. D'où l'importance capitale que nous attachons à la notion de groupe de soutien.

## d é p e n d a n c e s

- Vous aimez écrire?
- Vous avez envie de vous exprimer?
- Vous voulez faire part de votre expérience?

La revue "dépendances" reçoit volontiers vos textes, vos interventions, vos réflexions. Après lecture par le comité de rédaction, nous vous proposerons éventuellement une publication dans la rubrique "post-scriptum" ou dans le cadre d'un numéro "Tutti-frutti"

### Les textes sont à envoyer à:

Rédaction de "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne ou case postale 20, 1401 Yverdon-les-Bains

Éditée  
par:



Institut suisse de prévention  
de l'alcoolisme et autres  
toxicomanies



Groupement romand  
d'études sur l'alcoolisme  
et les toxicomanies

# Les groupes d'entraide: complémentarité ou concurrence avec les psychothérapies?

*Daniela Danis, Psychologue FSP-Psychothérapeute ASP, Responsable de l'Unité des maladies de la dépendance, Clinique La Métairie, Nyon*  
*Pascal Gache, Médecin responsable, Unité d'alcoologie, Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève*

*La participation à des groupes d'entraide a été intégrée comme élément du programme thérapeutique de rétablissement de l'alcoolisme dans les années qui ont suivi la naissance des groupes Alcooliques Anonymes (1). L'originalité de ces groupes tient en plusieurs points et notamment en l'absence de professionnels pour diriger le groupe, dans l'entraide entre les malades et enfin dans la proposition d'un modèle de rétablissement global (physique, psychique, social et spirituel) visant l'abstinence selon un programme en 12 étapes.*

## Introduction

Dans un article publié récemment s'intéressant à la prise en charge et au suivi à un an de malades dépendants (alcooliques, cocaïnomanes, pharmacodépendants...), les auteurs rapportent que le traitement qui a eu les meilleurs résultats est celui qui combine l'approche psychothérapeutique avec la participation à des groupes d'entraide tels que les Alcooliques Anonymes. D'après les auteurs de cette étude naturaliste (2), les patients qui ont suivi un traitement résidentiel et qui ont participé à une post-cure sont restés, en moyenne, abstinentes plus longtemps que ceux qui n'ont pas suivi de post-cure. Le suivi qui associait la combinaison d'une psychothérapie avec une participation à un groupe d'entraide (tel que Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes ou Cocaïnomanes Anonymes), a permis à 63% des patients de ce groupe de rester abstinentes dans l'année suivant leur traitement résidentiel. Dans les autres groupes de patients, les résultats étaient les suivants: 24% sont abstinentes lorsqu'ils ne font aucune post-cure, 29% des patients sont abstinentes dans le groupe qui a suivi une psychothérapie après la période de traitement résidentiel. Dans le groupe dont la post-cure consistait exclusivement en une participation à un groupe d'entraide, 49% des patients sont restés abstinentes. Ces résultats qui concernent 3018 hommes atteints d'une ou plusieurs dépendances, ne sont pas modifiés par l'éventuelle présence d'une comorbidité psychiatrique (psychoses, désordres affectifs, troubles anxieux) et confir-

ment, sur un grand échantillon, l'intérêt d'associer les deux approches thérapeutiques.

Un travail similaire (non publié) a été entrepris à la Clinique la Métairie en 1993. Ses résultats sont en accord avec les conclusions de l'étude de Crosby Ouimette.

## Complémentarité des deux approches

La combinaison de ces deux approches, psychothérapie et groupes d'entraide, existe déjà dans les programmes thérapeutiques de certains centres de traitement des addictions et notamment ceux qui utilisent le modèle Minnesota (3). Ce modèle s'inspire de deux sources: l'une se base sur les principes des AA et le programme en 12 étapes et l'autre repose sur une synthèse de différentes techniques psychothérapeutiques issues de la psychologie cognitive et comportementale, de la gestalt, de la thérapie systémique et de l'analyse transactionnelle. Le traitement intègre les deux approches sous forme de psychothérapie individuelle et de groupe et des séances centrées sur le programme des 12 étapes des Alcooliques et des Narcotiques Anonymes pendant et après le séjour hospitalier. Il faut noter que, dans ce modèle, la participation des personnes proches est aussi fortement souhaitée au travers d'entretiens de famille et d'un suivi en groupe parallèlement au traitement et à la post-cure du patient. Les personnes proches sont aussi invitées à participer à des groupes d'entraide de type Al-Anon pour les personnes proches des alcoo-



liques et Nar-Anon -pour les proches des toxicomanes - (4).

Face à la puissance du besoin de consommer et en dépit de promesses faites à lui-même et à son entourage, le malade dépendant n'arrive pas à éviter de consommer. Si, à plusieurs reprises, il a pu arrêter de le faire, pour autant il n'a pu généralement maintenir durablement cet arrêt, obsédé et envahi par le manque. L'envie devient alors impérieuse et amène à des rechutes répétées que chaque malade dépendant connaît. Face à ce sentiment d'urgence, la réponse psychothérapeutique rythmée de façon pré-établie, avec un horaire fixe peut se révéler insuffisante. Malgré un travail sur la prévention de la rechute qui prend en compte les situations à risque les plus fréquentes, l'appel à consommer peut se manifester à des moments totalement imprévus, et surtout hors des heures fixées par la prise en charge de la psychothérapie formelle. Dans ces situations imprévues, le réseau des groupes d'entraide offre une disponibilité d'écoute 24h/24h, à même de répondre au caractère imprévisible et urgent de la crise. Cette accessibilité prend en compte la nature même du phénomène de dépendance, notamment son aspect compulsif (5).

Bill Wilson, un des fondateurs des Alcooliques Anonymes qui, après la création de son mouvement, suivit parallèlement une psychothérapie, rappela la complémentarité des deux démarches. Il fut encouragé par le psychiatre suisse Carl G. Jung, qui insista sur la nécessité d'accéder à une dimension spirituelle pour rester abstinent. "Spiritus contre spiritum" écrivit Jung à Bill, en 1961, pour appuyer son propos. Cette dimension spirituelle du programme des AA (qui a effectivement son origine dans des mouvements évangéliques) a souvent été mal interprétée, notamment parce que spirituel a été, à tort, assimilé à religieux. Ce n'était pas l'intention des AA qui souhaitaient que leur programme puisse bénéficier à tous les alcooliques désirant arrêter de boire, qu'ils soient croyants ou agnostiques. De plus, il est régulièrement fait appel dans le programme des 12 étapes à la notion de "Dieu tel que nous le concevons", ainsi qu'à la notion d'une "Puissance Supérieure", ces deux concepts rebutent fréquemment certains professionnels et certains patients. Ces derniers ont fait, malgré eux, l'expérience pendant des années qu'ils avaient perdu toute liberté vis-à-vis de leur consommation et que cette dernière était

devenue plus forte qu'eux. Ils ont été continuellement dépassés dans leur lutte pour contrôler leur consommation. Comme le rappelle Bateson, un des pionniers de la thérapie systémique, le malade s'inscrit dans une escalade symétrique (entre lui et l'alcool) dans laquelle il essaie d'être le plus fort mais où il se perd continuellement, avec d'autant plus de rage que son entourage lui reproche de ne pas savoir contrôler sa consommation (6). C'est l'abandon de cette escalade au profit d'une "Puissance Supérieure" dont la finalité est complémentaire et non plus symétrique qui pourra sortir le malade de son isolement et le mettre sur la voie du rétablissement.

Le besoin d'inclure l'aspect spirituel dans le processus de rétablissement peut être difficile à comprendre. En effet, après des années de dégradation, de

La combinaison d'une psychothérapie avec une participation à un groupe d'entraide a permis à 63% des patients de ce groupe de rester abstinents...

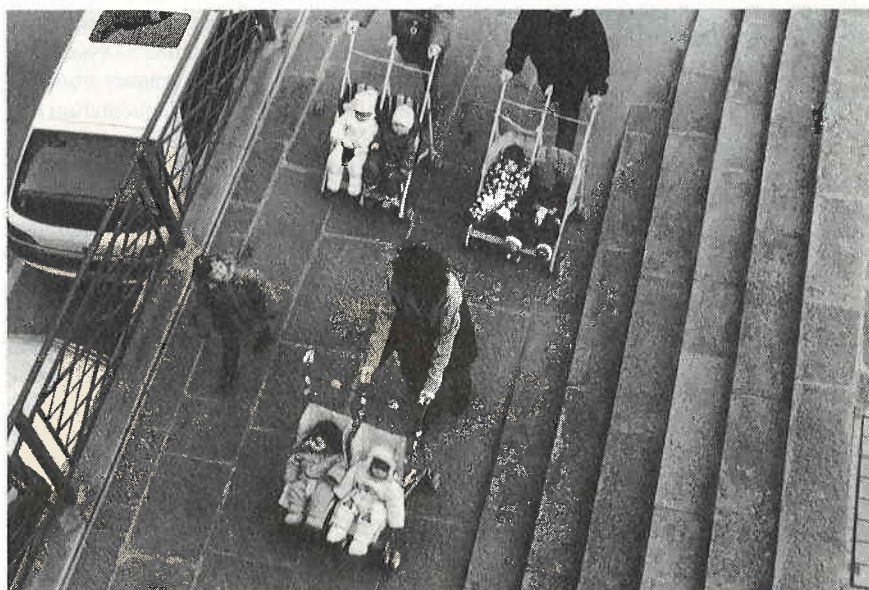


Photo Interfoto

*Les bénévoles peuvent être disponibles 24h/24*

souffrances physiques et morales, les malades n'ont plus d'espoir de s'en sortir et ne croient plus à rien. C'est ce manque d'espoir, ce mal de vivre qui révèle un vide existentiel, spirituel. L'implication dans le programme des 12 étapes ainsi que la rencontre de personnes abstinentes, peuvent redonner l'espoir au malade de s'en sortir et lui permettre de retrouver un sens à sa vie. Malgré la différence effective entre spirituel et religieux au sein du programme des 12 étapes, certaines personnes ont de la difficulté avec le style utilisé dans les textes fondateurs des A.A. Conscients de l'intérêt de ce type de soutien en groupe, mais soucieux de se démarquer de ce style, des malades dépendants ont créé

aux Etats-Unis le mouvement Rational Recovery. Peu de données sont malheureusement disponibles à ce jour sur l'évolution de ce mouvement (7).

Les expériences au sein des groupes, d'entraide ou de psychothérapie, peuvent être complémentaires à une psychothérapie individuelle. La prise en charge psychothérapeutique pour sa part permet un travail approfondi qui aide la personne à découvrir les mécanismes qui déclenchent son besoin de consommer. Mais elle permet aussi de soigner d'autres aspects qui ne sont pas nécessairement liés à sa dépendance (tels que troubles de la personnalité, les troubles anxieux, les phobies, le stress post-traumatique, etc.). De la même manière, des problèmes de communication peuvent précéder ou être la conséquence de la maladie de la dépendance. C'est ainsi que fréquemment des thérapies de couple et de famille sont nécessaires au début du traitement ou même après un certain temps d'abstinence.

### Limites de la psychothérapie et des groupes d'entraide

La rencontre d'un malade avec ses pairs dans un groupe d'entraide lui permet de partager son expérience au sein d'un environnement dans lequel il ne se sent pas jugé (ce qui constitue un de ses plus grands soucis a priori) mais, au contraire dans lequel il se sent compris. L'effet miroir est aussi un puissant moteur pour diminuer le mécanisme de déni (8). Toutefois, le partage dans les séances de groupes d'entraide n'est pas interactif. Cette règle de fonctionnement permet aux participants une liberté d'expression très appréciée; a contrario, le manque de "feed-back" peut empêcher certains participants de mettre en question des attitudes, des habitudes ou encore certains comportements. La psychothérapie individuelle et de groupe peut quant à elle, utiliser l'interpellation et la confrontation pour amener le patient à une prise de conscience qui lui permettra de changer de comportement. Elle peut aider les patients à éviter des partages parfois répétitifs et convenus. Elle les encourage aussi à surmonter une certaine passivité

et optimise une interaction plus rapidement honnête et authentique (9).

Par ailleurs, la psychothérapie est limitée dans le temps. Elle peut s'étendre de quelques séances à quelques années. Mais ce travail psychothérapeutique se conçoit avec une fin. Par contre, la participation à des groupes d'entraide est sans limite temporelle formelle. Ceci a fait craindre à certaines personnes que les malades dépendants deviennent dépendants de ces groupes. Si on considère que la maladie de la dépendance se caractérise, entre autres, par des conséquences négatives qui naissent de la consommation excessive d'alcool et d'autres psychotropes, quelles conséquences négatives auraient pour cause la participation à des groupes d'entraide ? La dépendance est en effet inhérente à la nature humaine, c'est ainsi pour le besoin d'eau, de nourriture et de relations affectives. En outre, certaines personnes pratiquent du sport de façon régulière, vont à la messe, au cinéma pour soigner ou améliorer leur bien-être. La fréquentation des groupes d'entraide poursuit le même objectif de qualité de vie. Une participation régulière à ces groupes permet aux malades dépendants de ne pas oublier leur parcours et par là même d'éviter que le déni ne se réinstalle laissant alors le champ libre à une rechute.

Malgré la présence de ces atouts, certains patients semblent ne pas pouvoir bénéficier de la fréquentation d'un groupe d'entraide et peuvent, malgré tout, se rétablir durablement sans y faire appel. Malheureusement, les personnes connues publiquement (médecins, avocats, comédiens, politiciens...) craignent d'être reconnues et invoquent fréquemment cette raison pour ne pas se rendre dans ces groupes. D'autres s'y adressent mais ne trouvent pas l'aide qu'ils espèrent. D'autres encore, ayant trop attendu pour se rétablir, présentent des syndromes psycho-organiques qui les rendent inaptes à bien comprendre et suivre le programme des groupes d'entraide. D'autres peuvent présenter des troubles de la personnalité tels que la participation à ces séances ne leur apporte pas le bien-être souhaité.

### Conclusion

Psychothérapies et groupes d'entraide n'ont pas d'antagonismes mais participent chacun dans leur domaine aux offres thérapeutiques que le malade dépendant peut utiliser pour son rétablissement. L'association des deux approches couvre un champ plus large et augmente, nous l'avons vu, les probabilités de succès du patient. S'il n'y a pas de contre-indications formelles à l'une ou l'autre de ces approches, force est de constater qu'une partie des patients n'adhère pas à la démarche et refuse de poursuivre plus avant, d'autres encore n'arrivent pas à trouver par ces approches la solution à leur problème de dépendance. Il serait intéressant que de futures recherches apportent plus de précisions sur le profil des malades dépendants qui pourraient bénéficier de la psychothérapie, des groupes d'entraide ou de la combinaison des deux. Ces recherches devraient aussi permettre de comprendre pourquoi certains patients qui utilisent ces deux approches n'en tirent pas bénéfice.

### Références

1. Les Alcooliques Anonymes. Service des publications françaises des A.A., Montréal, deuxième édition, 1985, 357 pp.
2. Crosby Ouimette P, Moos RH, Finney JW: Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *J of Stud on Alcohol* 9: 513-521, 1998.
3. Spicer J: The Minnesota Model, Hazelden Foundation, Minnesota, 1993.
4. D'Epagnier C, Udry-Gremaud C: Le modèle Minnesota dans le traitement des addictions. Soumis pour publication.
5. CIM-10, OMS, Genève. Masson, Paris, 1993.
6. Bateson G: Vers une écologie de l'esprit, Tome 1. Seuil, Paris, 1977.
7. Rather BC, Murphy JD: Alcoholics Anonymous and rational recovery: readability of the "big book" versus the "small book". *Percept Mot Skills* 81: 1313-4, 1995.
8. Flores PJ: Group psychotherapy with addicted populations. The Haworth Press, New York, 1988.
9. Yalom I: The theory and practice of group psychotherapy. Basics books, New York, 1985.

## COURS SEMINAIRES

### Journées de sensibilisation ISPA de mai à juin 1999

Il reste quelques places dans les cours  
suivants:

**Dépendances: Aider - (prévention  
secondaire) Première approche**  
vendredi 7 mai 1999

**Dépendances: Aider - (prévention  
secondaire) Réflexions d'un praticien  
expérimenté**  
mercredi 12 mai 1999

**Alcool, drogues: S'en sortir**  
vendredi 21 mai 1999

#### Renseignements et inscription:

ISPA, Département Prévention, Danielle  
Ayer, CP 870, 1001 Lausanne,  
021 / 321 29 85,  
e-mail dayer@sfa-ispa.ch

### Perfectionnement professionnel ARIA/GREAT

#### Accompagner les mères toxicodépendantes

27 - 28 mai

Nadia Brusweiler-Stern, Pédiatre et  
pédo-psychiatre, Genève - Carole  
Muller, Médecin associée au SUPEA,  
Lausanne - Adriana Bouchat,  
Psychologue-psychothérapeute associée  
au Centre St-Martin, Lausanne - Régine  
Delacoux, Psychologue-psychothéra-  
peute responsable du Trait d'Union,  
Genève - Patrick Hohlfeld, Professeur  
associé, médecin-chef, Maternité du  
CHUV, Lausanne - Ulrich Bühlmann,  
Médecin-chef de la clinique pour  
enfants et adolescents, Hôpital Triemli,  
Zurich

#### Approche cognitivo-comportementale et addictions

6 après-midi du 6 juin au 13 décembre  
Charly Cungi, Psychiatre et thérapeute  
cognitivo-comportemental, Rumilly,  
médecin associé au Diplôme de TCC à  
l'Université de Lyon (F)

### Violences familiales et addictions

10 - 11 juin

François-Xavier Colle, Psychologue cli-  
nicien et thérapeute systémique à l'Unité  
de Traitement des toxicodépendances,  
Montpellier et Paris (F)

#### Enjeux éthiques et facteurs de réduction des risques

13, 14, 15 septembre

Miguel De Andrés, Psychiatre-psycho-  
thérapeute directeur du SAPS,  
Barcelone (E) - Jean-Claude Mettraux,  
Pédo-psychiatre, président  
d'Appartenances, Lausanne - Claude de  
Jonckheere, Dr en sciences de l'éduca-  
tion, éthicien et philosophe, Genève -  
Joakim Delarive, Chef de clinique de la  
Division de gastro-entérologie, CHUV,  
Lausanne - Amalio Telenti, Médecin  
adjoint au Service des maladies infec-  
tieuses, CHUV, Lausanne - Jean-Pierre  
Garbade, Avocat, Genève

#### Relation thérapeutique sous contrainte

27 septembre

Jacques Gasser, PD, médecin-chef de  
l'Unité psychiatrique d'expertises,  
Hôpital de Cery, Lausanne - Bertrand  
Yersin, PD, médecin-chef de l'Unité  
d'Alcoologie, Div. d'Abus de  
Substances, Lausanne

#### Thérapie et émotions après le sevrage

4 - 5 novembre

Frédéric Neu, Psychologue FSP à  
Bartimée et en pratique privée,  
Lausanne

#### Réduction des risques liés à l'injec- tion de substances psycho-actives

25 - 26 novembre

Jacqueline Reverdin, Infirmière-ensei-  
gnante à l'Ecole d'Ambulanciers,  
Genève - Emmanuel Ducret et / ou  
Chantal Berthet, Infirmiers au BIPS,  
Genève - Thierry Musset, Infirmier spé-  
cialiste clinique en toxicodépendances,  
HUG, Genève

#### Renseignements et inscription:

ARIA/GREAT, Pêcheurs 8,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34,  
fax 024/426 34 35

## BREVES

### Résolution

Les membres du Groupement romand  
d'études sur l'alcoolisme et les  
toxicomanies, GREAT, réunis en  
Assemblée générale à Sion le 25 mars  
1999, ont pris connaissance de l'abou-  
tissement du référendum contre l'arrêté  
fédéral urgent sur la prescription médi-  
cale d'héroïne.

Le GREAT considère que la prescrip-  
tion médicale d'héroïne - d'opiacés en  
général - s'intègre dans le cadre de la  
politique des dépendances en Suisse,  
en particulier en ce qui concerne les  
atteintes à la santé. En effet, les profes-  
sionnels savent actuellement que la  
palette de propositions à offrir aux per-  
sonnes toxicomanes doit être la plus  
large possible. Ils se mobilisent quoti-  
diennement pour répondre aux causes  
et aux formes multiples des toxicoma-  
nies en tenant compte des besoins des  
personnes dépendantes. La prescrip-  
tion d'héroïne fait partie de cette palet-  
te. Les résultats des études montrent  
que cette prescription, pour autant  
qu'un encadrement social de qualité  
soit garanti:

- améliore sensiblement l'état sanitaire  
des personnes dépendantes
- permet de travailler à une réintégra-  
tion sociale et professionnelle
- diminue sérieusement les problèmes  
de délinquance.

Le GREAT rappelle toutefois que les  
prescriptions d'héroïne ne doivent en  
aucun cas préteriter les autres types de  
prise en charge, en particulier les théra-  
pies pratiquées dans les cadres rési-  
dentiel et ambulatoire dont le finance-  
ment doit être garanti.

Par ailleurs, la loi sur les stupéfiants  
doit être révisée dans le sens de la  
dépénalisation de la consommation et  
de ses actes préparatoires - un statut  
spécifique devra être prévu pour le can-  
nabis. De plus, les efforts de prévention  
et de promotion de la santé doivent être  
amplifiés.

**Le GREAT appelle la population à  
rejeter fermement et clairement ce  
référendum.**



des réflexions,  
des pratiques autour  
du champ des drogues  
légalles et illégales

# d é p e n d a n c e s

La revue "dépendances" s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement: 45.- frs par an/20.- frs par numéro

## Thèmes 1998:

- numéro 4 Balade au pays du tabac
- numéro 5 Politique des dépendances: analyses, propositions, positions
- numéro 6 La prévention, choix de société

## Thèmes 1999

- numéro 7 Groupes d'entraide: regards sociologique, philosophique et thérapeutique
- numéro 8 Réduction des risques: dialogue au pays de l'éthique

## A consommer sans modération!

**Pour s'abonner:** "dépendances", case postale 870,  
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85, fax 021/321 29 40

Editée par:



Institut suisse de prévention  
de l'alcoolisme et autres  
toxicomanies



Groupement romand  
d'études sur l'alcoolisme  
et les toxicomanies