

NUMÉRO 10 - DÉCEMBRE 2025

ADDICTION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE

ACCOMPAGNER, INNOVER, RÉSISTER :
RETOUR SUR LES OBSTACLES ET LES DÉFIS
DE CES DIX DERNIÈRES ANNÉES

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

Éditeur

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

Fédération Addiction
104 rue Oberkampf
75011 - Paris
Tel : +33 (0)1 43 43 72 38
infos@federationaddiction.fr
SIRET : 529 049 421 00017 - NAF : 9499Z

Directrice de la publication :

Catherine Delorme, présidente de la Fédération Addiction

Coordinateur :

Benjamin Tubiana-Rey

Journaliste :

Natalie Castetz

Conception et réalisation graphique :

Nelly Gibert - Mediis Studio

Crédit photo de couverture :

Adobe Stock - Dabarti

Partenaires de la revue :

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

Nombre d'exemplaires : 2300

Rivet Presse Édition

24 rue Claude Henri Gorceix,
87280 Limoges

Date de parution : décembre 2025

Dépôt légal : mars 2026

Prix : 12 € l'exemplaire

ISSN : 2553-8330

SOMMAIRE

ÉDITO *Grégory Lambrette* P. 4

**LA RHÉTORIQUE DISCRIMINANTE
DES MÉDIAS SUR LES ASSUÉTUDES :**
LE POUVOIR DES MOTS ET DES IMAGES
Aïnoa Minet P. 5

**ENTRE CONTINUITÉ ET CONDITIONNALITÉ
DES SOINS :** LES ENJEUX ÉTHIQUES DE
L'OPÉRATIONNALISATION DU TRAJET DE
SOINS DANS LE SECTEUR DES ASSUÉTUDES
*Channel Baquet, Ludovic Dahlem,
Jean-Philippe Gilain, Hélène Montluc
et Julie Tihon* P. 7

MAL-ÊTRE AU TRAVAIL :
LES ÉQUIPES EN SOUFFRANCE
*Interview de Naira Meliava, Sandhia
Vadlamudy, Gregory Lambrette
par Natalie Castetz* P. 12

À CONTRETEMPS *Vanessa Bohéas* P. 15

LA PSYCHOLOGIE POSITIVE
AU SERVICE DU POUVOIR D'AGIR
DES PROFESSIONNEL·LE·S DE TERRAIN
Mathieu Amstutz P. 18

PRATIQUE DE L'ADDICTOLOGIE :
FORMER EN CONSCIENCE POUR
ACCOMPAGNER SANS EXCLURE
*Pierre Clobus, Clarisse Vanvolsem
et Dominique Lamy* P. 21

**PHÉNIIX,
40 ANS D'ENGAGEMENT :** MUTATIONS
DES USAGES, CONTINUITÉ DES SOINS
*Khadija Ammar, Nader Trigui, Paul Jennings,
Giovanni Innaurato et Jean-Marie Rossier* P. 26

L'AIDE EN LIGNE
POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS
*Marc Cruypeninck, Audrey Decarpentrie,
Arthur Hernandez, Isabelle Maerten,
Florence Marcin, Tania Mendoza,
François Mertens et Bergen Yuksel* P. 32

**LES CONSOMMATEURS DE DROGUES
ILLICITES AYANT UNE MALADIE
PSYCHIATRIQUE ET LES AGENTS DE LIAISON,
ENSEMBLE POUR UN TRAJET DE SOIN**
*Antoine Bragard, Dominique Connet,
Julie Guyot et Jonathan Vlachonikolos* P. 36

**LA PAIR-AIDANCE DANS LE CHAMP
DES ADDICTIONS :** ENTRE ENGAGEMENT,
MUTATION ET DÉFIS CONTEMPORAINS
Imaine Sahed P. 40

**LA PAIR-AIDANCE, UNE RÉPONSE AUX
DÉFIS ACTUELS DE L'ADDICTOLOGIE ?**
Laëtitia Monfort P. 46

LA MÉDIATION PAR LE LIVRE :
UN OUVRAGE ÉCRIT PAR UN PAIR
PEUT-IL COMPLÉTER LES SOINS
EN ADDICTOLOGIE ?
Sandra Pinel P. 49

**LA PAIR-AIDANCE : UNE PRATIQUE
INNOVANTE EN PLEIN ESSOR ?**
Natalie Castetz P. 54

NOUVEAUX PRODUITS DU TABAC :
OPPORTUNITÉ OU MENACE
POUR LA SANTÉ ?
*Amélie Eschenbrenner, Julie Martin,
Luc Lebon et Emmanuelle Béguinot* P. 58

**DES MORTS « RAISONNABLEMENT
PRÉVISIBLES » :** UNE BRÈVE HISTOIRE
DE LA PRÉVENTION DES SURDOSES
AU QUÉBEC
*Timon Thoene-Gerber, André-Anne Parent,
Guillaume Tremblay, Rodney Knight
et Catherine Chabot* P. 63

**QUAND LES JEUX D'ARGENT
ET DE HASARD S'ENVOLENT**
Natalie Castetz P. 69

L'ALCOOLISME AU MAROC :
LES DÉFIS D'UN ACCOMPAGNEMENT
EN MUTATION
Rim Akkrache P. 75

LA RÉDUCTION DES RISQUES
COMME LEVIER DE PRISE EN CHARGE
DES ADDICTIONS AU SÉNÉGAL
Idrissa Ba P. 77

**DIX ANS APRÈS LA SESSION
EXTRAORDINAIRE DE L'ASSEMBLÉE
GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES
SUR LES DROGUES : UN MONDE
EN MOUVEMENT**
Marie Nougier P. 81

**DIX ANS DE COOPÉRATION
FRANCOPHONE EN ADDICTOLOGIE**
*Pascale Hensgens, Gregory Lambrette,
Stéphane Leclercq, Camille Robert,
Joël Tremblay, Benjamin Tubiana Rey
et Sandhia Vadlamudy* P. 87

Grégory Lambrette

Chargé de direction, psychologue
- psychothérapeute au Quai 57
de l'association arcus (Luxembourg)



ÉDITO

« Deux dangers ne cessent de menacer le monde, écrivait Paul Valéry. L'ordre et le désordre. » Et l'un ne saurait exister sans l'autre. Le premier est toutefois de plus en plus régulièrement convoqué comme rempart au second. Pour ce faire, çà et là, on peut voir apparaître une rhétorique aujourd'hui décomplexée légitimant des politiques publiques pratiquant peu ou prou le désengagement, la stigmatisation quand ce n'est pas tout simplement l'exclusion. Il n'est plus l'heure d'embrasser la complexité des mondes possibles - et à plus forte raison celui des usages et des usagers de substances psychoactives qui sont pourtant divers et variés - pour mieux répondre aux multiples enjeux qui s'y jouent. Il faut faire simple, voire simpliste, cliver et penser désormais à court terme. C'est là d'ailleurs un projet de société qui semble, en différents endroits du globe, faire florès.

Mais cela n'est pas sans poser question. Car au fond, quel horizon commun souhaitons-nous atteindre ? « Où atterrir ? » pour reprendre la formule du sociologue Bruno Latour ? Quel(s) monde(s) désirons-nous (co)construire et (co)habiter ? Le « vivre ensemble » aurait-il vécu ? Serait-il (dé)passé ? Et ce au profit du culte de l'individu - désormais hors sol et par là-même déconnecté - et de la performance ?

Face à la radicalité et aux stigmatisations dont nous constatons çà et là le retour depuis plusieurs années, nous avons opté à l'occasion du dixième anniversaire de la revue **Addiction(s) : recherches et pratiques pour une certaine forme de liberté et d'ouverture**. La diversité y est donc fort logiquement le maître-mot.

Diversité des sujets traités. Diversité des problématiques abordées. Diversité des pratiques et des profils qui y sont présentés. L'ambition de ce numéro est donc de mettre au jour la complexité de ce que recouvre la notion d'usage des substances psychoactives, de montrer l'extrême hétérogénéité des profils qui y sont associés, mais également la richesse et la capacité d'adaptation des dispositifs et des actions qui leurs sont dédiés. Il y sera donc question des multiples réalités rencontrées sur le terrain, par les uns comme par les autres, et des bilans qui peuvent en être extraits.

Si la méfiance et la discrimination s'affichent désormais ouvertement au regard de la différence et de l'altérité - et ce même si notre organisation du monde, comme le considère l'anthropologue Philippe Descola, s'est souvent appuyée sur la rupture, le cloisonnement, la séparation et la discontinuité -, le moment est peut-être venu de repenser nos modèles et de considérer la diversité comme une qualité inhérente et nécessaire au vivant ; une qualité à préserver et à nourrir ; une qualité enfin qui doit nous encourager à soigner nos relations à l'autre. Après tout, faire communauté, c'est faire co-exister dignement l'hétérogénéité d'individus aux visages pluriels.

Puisse ce numéro contribuer - modestement - à nous rapprocher plus qu'à nous éloigner, à toucher du bout des doigts cette complexité du monde et des vivants qu'il est nécessaire de reconnaître et d'appréhender pour mieux s'y adapter et (re)faire société.

Bonne lecture à toutes et à tous.



Aïnoa Minet

Chargée de projet en prévention des assuétudes,
centre Nadja, Liège

1 Room Robin. *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*. Drug and Alcohol Review, 2005.

2 Masoni Céline. *Politique des récits médiatiques et esthétique de l'émancipation*. Cahiers de Narratologie, 2024.

3 Comelli Cécilia, Le Campion Grégoire et Jauffret-Roustide Marie. *Le traitement médiatique des drogues dans la presse quotidienne française (2013-2018)*. EchoGéo, 2021.

4 Fontaine Astrid et Gandilhon Michel. *Tendances récentes et nouvelles drogues : traitement médiatique de l'usage de drogues à travers sept magazines (décembre 2000 - septembre 2003)*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2004.

LA RHÉTORIQUE DISCRIMINANTE DES MÉDIAS SUR LES ASSUÉTUDES : LE POUVOIR DES MOTS ET DES IMAGES

Les faits divers et l'angle adopté dans leur traitement médiatique ont servi de terreau à la construction d'une mythologie de la drogue. On a tous vu ces unes de journaux : une seringue abandonnée, un visage marqué par la précarité, un titre en lettres capitales qui sonne comme une alerte sanitaire « FLÉAU », « TSUNAMI », « DÉRIVE ». Ce langage n'est pas neutre. Il alimente une représentation bien particulière, où la passion l'emporte sur la raison, où l'usager de drogues reste souvent réduit à une figure inquiétante, marginale, voire coupable. Dans de nombreux domaines sociaux (origine, genre, handicap, santé mentale), on observe une évolution progressive vers un langage plus respectueux et inclusif. Pourtant, lorsqu'il s'agit d'assuétudes, le stigmatisme reste tenace. L'Organisation mondiale de la santé a confirmé cette idée en considérant les assuétudes aux substances comme l'une des conditions les plus stigmatisées au monde¹.

Les médias, reflets de notre société, n'inventent pas la stigmatisation : ils la prolongent. Et sans surprise, ils ne se contentent pas de relater des faits :

à travers leurs choix de mots, de récits et d'angles, ils participent à la « *discursivité sociale* », c'est-à-dire à la circulation et à la construction collective des discours dans l'espace public². Ces récits contribuent à façonner notre manière de percevoir une problématique ou un événement, en influençant les représentations individuelles et collectives qui y sont associées. Les assuétudes sont des sujets fortement chargés émotionnellement. Les stéréotypes moraux oscillent entre fascination et répulsion, notamment via un système politique prohibitionniste, des représentations négatives dans l'imaginaire collectif mais aussi une grosse charge émotionnelle et sensationnaliste³.

Le rapport TREND⁴ rappelle par ailleurs que dans la presse francophone, 40 % des articles traitant de drogues adoptent un ton humoristique cynique, et 30 % un ton négatif. En influençant le débat politique, les médias deviennent un vecteur central de représentations sociales, en particulier pour les personnes qui n'ont pas d'expérience directe avec les substances

5 GREA. *Couverture médiatique des personnes avec des problématiques d'addictions : recommandations pour les journalistes ainsi que les rédactrices et rédacteurs*. GREA, 2024.

6 Comelli Cécilia, Le Campion Grégoire et Jauffret-Roustide Marie. *Le traitement médiatique des drogues dans la presse quotidienne française (2013-2018)*. EchoGéo, 2021.

7 *Ibid.*

LE POUVOIR DES MOTS

On ne s'en rend pas toujours compte, mais les mots ont une importance capitale. Dire « *toxicomane* », « *drogué* », « *ivrogne* », c'est coller une étiquette qui engloutit tout le reste de la personne. Comme si son identité se réduisait à sa consommation.

Le Groupement romand d'études des addictions (GREA)⁵ rappelle qu'il est possible — et nécessaire — d'employer d'autres formulations : « *personnes consommatrices* », « *personnes dépendantes* », « *personnes en situation d'addiction* ». Cela change tout : ce n'est plus une identité figée, c'est une situation vécue. Il est également conseillé d'éviter le sensationnalisme dans les titres pour plutôt choisir des titres informatifs, ou encore de mettre l'être humain au centre du sujet plutôt que l'assuétude. La nuance entre usage, abus et dépendance est aussi fondamentale, comme essaient de le rappeler de nombreux spécialistes. En amalgamant tout sous le mot « *drogue* », les médias brouillent les réalités, alimentent la peur et, parfois, empêchent un débat public éclairé. Pourtant, la peur n'a jamais été bonne conseillère...

L'analyse menée sur le traitement médiatique grâce à un logiciel a permis de mettre en évidence les termes les plus fréquemment utilisés par la presse française sur la question des drogues⁶. On y observe la forte présence d'un univers de référence masculin, la centralité du cannabis parmi les substances évoquées ainsi qu'un traitement largement dominé par l'angle judiciaire. Cette focalisation sur le registre pénal s'explique en partie par le cadre politique francophone, marqué par une logique prohibitionniste qui criminalise la production, la détention, l'usage et la vente des substances classées comme stupéfiants, faisant de la consommation elle-même un délit. Elle reflète également une certaine tendance médiatique à privilégier un ton sensationnaliste, auquel le traitement judiciaire se prête particulièrement bien.

LES IMAGES QUI FRAPPENT (ET QUI FIGENT)

L'impact visuel est tout aussi (voir plus) déterminant. Dans le paysage médiatique et donc dans notre imaginaire collectif, la consommation de psychotropes reste habituellement associée au personnage du junky, du délinquant, du marginal ou encore du malade. Elle est souvent jointe à des clichés visuels, une certaine mise en scène théâtrale

et dramatique : scènes de rue, seringues usagées au sol, regards perdus, visages dans les mains. Or, ces représentations ne reflètent qu'une minorité des usages, seulement associée à la précarité et aux produits psychotropes illégaux, en excluant toute autre consommation.

Ce sont également les produits qui subissent une classification radicale. C'est ce que le rapport TREND montre : quand il s'agit d'alcool ou de tabac, les images sont douces, festives, banalisées. Quand il s'agit de crack ou d'héroïne, on bascule dans le sordide. Certaines substances sont valorisées (alcool, cocaïne, MDMA), associées à la fête et à la performance, d'autres sont diabolisées, voire même que l'on ose évoquer. Le mode de consommation n'échappe pas non plus à cette hiérarchie : l'injection fait peur, le sniff amuse⁷.

PISTES POUR UNE REPRÉSENTATION RESPONSABLE ET UN CHANGEMENT D'ÉTAT D'ESPRIT

Changer ce regard, ce n'est pas seulement une question de morale journalistique. C'est aussi une responsabilité sociale. Les médias contribuent à façonner les représentations collectives et à influencer les décisions publiques. Alors, pourquoi ne pas laisser une place aux spécialistes des assuétudes dans le secteur de la communication de masse ? Pourquoi pas même une spécialisation journalistique en addictologie ? Comme il existe des correspondants santé, économie ou climat, des journalistes formés spécifiquement pourraient couvrir les assuétudes et les consommations avec nuance et pédagogie.

Dans cette lignée, il est intéressant de proposer des médias plus didactiques destinés aux parents, aux éducateurs ou aux professionnels, pour remplacer la logique du « choc » et du « buzz ». Et, plus largement, une approche non-prohibitionniste pour sortir du carcan moral et judiciaire pour enfin parler d'assuétudes comme d'un enjeu structurel de santé publique — et non d'un problème individuel ou d'un échec moral.

Imaginez des contenus qui expliquent les mécanismes de dépendance, proposent des stratégies de réduction des risques et valorisent les politiques publiques efficaces. Une telle couverture médiatique pourrait déstigmatiser les personnes concernées, nourrir le débat collectif et créer une société où l'assuétude est comprise, discutée et prise en charge plutôt que jugée.



1 « La notion de continuité des soins fait référence à la capacité du système à garantir que les soins prodigués à un patient donné sont organisés de manière fluide, coordonnés (au fil du temps, mais aussi entre prestataires, institutions et régions) et couvrent l'ensemble de sa trajectoire » (Vers une Belgique en bonne santé, 2024).

2 « Principe selon lequel l'octroi de certains avantages ou droits est subordonné à la satisfaction de prérequis spécifiques » (La langue française, 2024).

3 RASANAM est le réseau assuétudes de la région namuroise. Il est agréé par la Région wallonne et couvre trois zones de soins belges : Namur, Dinant-Beauraing, Philippeville-Couvin (RASANAM, 2025).

Channel Baquet

Anthropologue membre du Laboratoire d'anthropologie prospective (LAAP) de l'université catholique de Louvain (UCLouvain) et chargée de projets pour le Réseau d'aide et de soins en assuétudes namurois (RASANAM)

Ludovic Dahlem

Coordinateur de l'équipe de liaison Pléiade à Namur (dispositif de soutien aux trajets de soins de personnes souffrant de pathologies psychiatriques liées à la consommation de drogues illicites)

Jean-Philippe Gilain

Coordinateur de « L'Autre sens », service d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, Beauraing, province de Namur

Hélène Montluc

Directrice du Service mobile d'accompagnement au logement et du Service de stabilisation - Housing First - des Trois Portes

Julie Tihon

Responsable adjointe des services de cohésion sociale de la ville d'Andenne, dont fait partie le Service d'assistance, de guidance et d'intervention sanitaire et sociale (SAGEISS)

ENTRE CONTINUITÉ ET CONDITIONNALITÉ DES SOINS : LES ENJEUX ÉTHIQUES DE L'OPÉRATIONNALISATION DU TRAJET DE SOINS DANS LE SECTEUR DES ASSUÉTUDES

Depuis plus de dix ans, le principe de continuité des soins¹, concept-clé des nouvelles réformes des secteurs du social et de la santé, transforme les modes d'accompagnement. Sur le terrain, il s'articule avec le principe de la conditionnalité des soins², qui tend à s'affirmer dans le contexte politique de plus en plus sécuritaire instauré ces dernières années en Belgique.

À partir de projets développés au cœur de leurs institutions, des professionnel-le-s du Réseau d'aide et de soins spécialisés en assuétudes de la région namuroise RASANAM³, soulèvent, à travers cet article, les enjeux éthiques qui naissent de la coexistence de ces deux logiques au sein des trajectoires de soins. Ils-elles y soulignent également l'importance de s'interroger sur la manière dont celles-ci s'articulent et peuvent influencer sur les postures et les pratiques.

4 Cellule générale de Politique Drogues, 2023.

5 La dénomination de « réforme 107 » fait référence à une initiative politique visant à restructurer le paysage des soins de santé mentale en lien avec l'article 107 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Elle prévoit qu'il est possible de réaffecter des ressources existantes en vue de créer de nouvelles structures, telles que des circuits et des réseaux de soins (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province de Luxembourg, 2025). Voir aussi le *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins* (<https://www.psy107.be/files/Wallonie.pdf>).

6 « L'approche de soins plus intégrés se destine aux patients qui nécessitent différents types d'aide et de soins. Le patient se situe au centre : dans ce modèle, il a la possibilité de prendre en charge ses soins, tout en étant encadré par un réseau professionnel multidisciplinaire. Chaque acteur impliqué dans la prise en charge d'un patient collabore avec les autres acteurs autour de lui au sein d'une équipe multidisciplinaire » (INAMI, 2025).

7 Fédito wallonne, 2015.

8 Association sans but lucratif (ASBL) - Belgique.

UN SECTEUR ASSUÉTUDES WALLON EN TRANSITION

Depuis les années 1990, la Belgique prône une approche intégrée et globale de la consommation de produits psychotropes⁴. S'adaptant aux évolutions de la société, le secteur spécialisé assuétudes wallon s'est transformé au cours de ces dix dernières années. Il s'est ainsi structuré en réseaux de soins régionaux afin d'organiser une coordination locale visant à promouvoir la continuité de l'accompagnement des usager·ère·s, prônée notamment en 2010 lors de la « réforme 107 » en santé mentale⁵ et en 2023, lors de l'établissement du plan fédéral pour des soins intégrés⁶.

L'offre ambulatoire s'est amplifiée. Plusieurs initiatives ont

vu le jour, basées sur un accompagnement intensif et flexible centré sur les personnes au sein de leurs milieux de vie, la valorisation des logiques de pair-aidance et des savoirs expérientiels et la collaboration des acteur·rice·s d'une première ligne de soin qui s'est déployée. Les approches prônant la réduction des risques se sont ancrées dans les discours officiels et dans des initiatives concrètes (développement des comptoirs d'échange de matériel stérile, promotion de la santé en milieu festif, etc.), encourageant la mise en place de partenariats entre les services spécialisés et des institutions issues d'autres secteurs (social, hospitalier, carcéral, du logement et de la santé mentale notamment)⁷.

Les différents projets qui animent les services du réseau RASANAM, présentés ci-dessous, témoignent de ces évolutions qui favorisent la continuité des soins. Ils mettent également en évidence les conditions qui sous-tendent l'accessibilité aux soins pour des publics aux profils complexes et diversifiés.

DES QUESTIONNEMENTS ET DES PROJETS INNOVANTS

EN RÉGION NAMUROISE

Addictions et accompagnement social : l'impact d'une posture relationnelle

Hélène Montluc, directrice du Service mobile d'accompagnement au logement (SMAL) et du service de stabilisation – Housing First de l'association Les Trois Portes, exemplifie les changements des regards portés sur la consommation au sein des maisons d'accueil de son institution, insistant sur l'impact de la posture relationnelle dans l'accompagnement :

« À l'occasion de ses 50 ans, l'association Les Trois Portes⁸ a pris conscience d'un paradoxe révélateur : si son siège n'a jamais changé d'adresse, sa pratique de terrain, elle, a profondément évolué. Au fil du temps, ses services se sont transformés pour répondre aux besoins mouvants des personnes qu'elle accompagne.

Animé·e·s par l'envie de repenser leurs pratiques d'accompagnement, d'accueil et d'hébergement, l'ensemble des professionnel·le·s et la direction ont engagé une réflexion de fond. Et si l'on pouvait faire autrement ?

En 2021, l'association a lancé sa campagne "Changement d'adresse". Il ne s'agissait donc pas de changer son adresse physique mais sa manière de s'"adresser" aux personnes accompagnées. Il semblait possible de s'approcher plus encore des objectifs d'accompagnement de l'autonomie et de l'insertion en modifiant sa posture. L'institution a décidé de placer la personne au cœur de son approche.

Ce tournant a également été l'occasion de redéfinir les valeurs fondatrices de l'association : le respect, l'optimisme et la coopération. Ce qui l'anime ? Reconnaître et renforcer le pouvoir d'agir de chacun·e.

Certaines pratiques routinières ont été interrogées. Pourquoi réaliser, sans objectif clair, des fouilles dans les chambres à la recherche de produits ? Comment accompagner la personne après une exclusion immédiate liée à un comportement violent, parfois en lien avec une consommation ? À travers des situations concrètes, les professionnel·le·s ont compris la nécessité d'agir autrement, avec davantage d'humanité et de cohérence.

Ces constats ont alors conduit à engager des changements concrets : révision du règlement d'ordre intérieur, renforcement de la politique de formation continue (sur la réduction des risques, sur

le développement du pouvoir d'agir de la personne et des collectivités, etc.), mise en œuvre d'un accueil incondicional : "Viens comme tu es, reste comme tu es, si c'est ce que tu souhaites."

Dans les maisons d'accueil, les échanges autour des consommations de substances psychoactives et autres sont désormais possibles et ouverts. La loi belge continue de s'appliquer - l'usage et la détention restent interdits dans les espaces communs - mais les professionnel-le-s reconnaissent que ces réalités peuvent faire partie du quotidien.

L'histoire d'un homme hébergé à deux reprises illustre cette évolution. Lors de son premier passage, il n'avait jamais osé parler de sa consommation. Mais revenu quelques années plus tard, il a ressenti un véritable changement dans la posture de l'institution et a pu s'ouvrir : "Ça a changé ici. Maintenant, je ne vous la fais plus à l'envers."

Cette phrase, adressée à la directrice générale, résonne encore aujourd'hui. Elle montre combien une relation authentique peut être déterminante dans un parcours de vie marqué par l'addiction.

Les professionnel-le-s des Trois Portes ne se positionnent ni comme juges, ni comme détenteurs d'une norme, ni comme sauveurs.

Ce changement de posture ne va pas sans hésitation. Il peut parfois donner aux travailleur-euse-s le sentiment qu' "il n'y a plus de cadre". Or, un cadre existe bel et bien. Mais il est co-construit avec la personne, et non imposé unilatéralement. Ce cadre est bien là pour sécuriser les deux parties et permettre une relation d'accompagnement plus équilibrée.

L'ambition de l'institution est que chacun-e redevenue auteur-riche et acteur-riche de sa propre vie. »

Addictions et souffrance psychique : l'impact d'un appel à projets

Ludovic Dahlem revient sur les critères d'éligibilité des appels à projets et sur les ponts qui se créent entre le secteur de la santé mentale et celui des assuétudes, en présentant le nouveau dispositif qu'il coordonne :

« Vu l'intérêt de soutenir un travail de liaison entre les secteurs de la santé mentale et des assuétudes, un nouveau dispositif a vu le jour en 2025 dans la province de Namur, à la suite d'un appel à projets du service public fédéral Santé publique. La problématique de la consommation interpelle les gouvernant-e-s depuis plusieurs années déjà. Cette initiative fait suite à un constat de plus en plus marquant dans

les demandes de soins : la présence de pathologies duelles et la souffrance psychique sévère liée à la consommation de drogues.

Face à ce constat et à la complexité de mettre en œuvre ou de pérenniser un parcours de soins, cet appel à projets soutient de facto l'accessibilité et la continuité de soins adaptés.

Dans la province de Namur, la réponse du Réseau Santé Namur⁹, soutenue par ses membres, a consisté à proposer un dispositif ambulatoire. À l'instar des équipes mobiles¹⁰, cette nouvelle équipe a pour objectif de soutenir les professionnel-le-s confronté-e-s à des problématiques psychiatriques liées à la consommation de drogues illicites¹¹, lorsque la mise en œuvre et/ou la pérennisation d'un parcours de soins s'avère complexe.

Ce nouveau dispositif adopte néanmoins une posture particulière. Bien qu'il soit porté par des travailleur-euse-s du soin et soutenu par les hôpitaux psychiatriques¹², il se situe à la charnière de deux univers qui, parfois, se rencontrent peu. Entre le secteur de la santé mentale et celui des assuétudes, ce soutien ne vise pas nécessairement l'abstinence, même si le projet de l'usager-ère peut s'orienter dans cette direction. Ce paradigme vient certainement bousculer les habitudes et mobilise différemment le soin, ouvrant la voie à d'autres approches thérapeutiques. Ce dispositif peut aussi venir soutenir les travailleur-euse-s du social et du médical qui, confronté-e-s à une accessibilité au soin limitée ou parfois rendue trop complexe, peinent à orienter les personnes accompagnées.

Un travail de liaison constitue l'essence même de ce projet et de sa pratique clinique. Il s'agit de créer des liens vers et pour une continuité des soins adaptée et plus fluide. »

Addictions et mesures judiciaires : l'impact des attentes institutionnelles

Julie Tihon, responsable adjointe des services de cohésion sociale de la ville d'Andenne et Jean-Philippe Gilain, responsable du service de prévention, d'accompagnement et de cohésion sociale de la ville de Beauraing expriment leurs questionnements concernant l'accompagnement des justiciables soumis-es à une obligation de soins :

⁹ Le « Réseau Santé Namur », réseau intersectoriel de santé mentale pour adultes de la province de Namur lié à la « réforme 107 », est un « espace de concertations dans lequel professionnels, usagers et proches développent des outils, projets, initiatives et procédures vers de meilleurs soins en santé mentale » (Réseau Santé Namur, 2025).

¹⁰ Équipes mobiles de crise et de soins continus, dans le cadre de la « réforme 107 » en santé mentale.

¹¹ Cannabis, héroïne, kétamine, etc. et médicaments non prescrits.

¹² Les employeurs du dispositif sont les deux hôpitaux psychiatriques namurois, le Centre neuro-psychiatrique Saint-Martin (situé à Dave) et l'Hôpital du Beau Vallon (situé à Saint-Servais).

« *Les services L'Autre sens* » (situé à Beauraing) et SAGEISS (situé à Andenne) sont des services ambulatoires d'aide et de soins qui proposent un accompagnement psycho-médico-social dans une philosophie de réduction des risques à destination des consommateur·rice·s et de leurs proches.

En complément des suivis volontaires, ces services encadrent des mesures judiciaires, notamment lorsque des justiciables sont soumis·es à une obligation de soins comme condition de leur probation ou de leur libération conditionnelle. Le soin est alors conditionné par une injonction judiciaire afin d'éviter l'emprisonnement. La particularité de ce type de demande est qu'elle introduit une condition spécifique à la demande de la personne : la contrainte. L'enjeu est dès lors de pouvoir renverser le principe de la demande « classique » (demande de se soigner, de gérer ou d'arrêter sa consommation, etc.) par une offre qui ouvre à la personne un espace de parole inconditionnel.

L'expérience nous montre que cet outil de contrôle peut alors devenir un levier thérapeutique. Il a pour effet d'éviter une rupture dans le parcours de soin hors de la détention, de soutenir la réinsertion et de faire émerger une demande latente qui s'articule en réponse à cette offre de parole. Toutefois, il implique pour les équipes de nombreux enjeux cliniques. En effet, le cadre de la justice impose un rythme, une temporalité à un·e bénéficiaire qui n'est pas forcément prêt·e à s'engager dans un processus thérapeutique. La priorité de certain·es patient·es ne se situe pas dans le soin mais dans la gestion d'urgences concrètes (logement, démarches sociales, alimentation, consommation) qui prennent le pas sur toute possibilité d'élaboration psychique ou d'introspection.

L'expérience nous montre que cet outil de contrôle peut alors devenir un levier thérapeutique. Il a pour effet d'éviter une rupture dans le parcours de soin hors de la détention, de soutenir la réinsertion et de faire émerger une demande latente qui s'articule en réponse à cette offre de parole. Toutefois, il implique pour les équipes de nombreux enjeux cliniques. En effet, le cadre de la justice impose un rythme, une temporalité à un·e bénéficiaire qui n'est pas forcément prêt·e à s'engager dans un processus thérapeutique. La priorité de certain·es patient·es ne se situe pas dans le soin mais dans la gestion d'urgences concrètes (logement, démarches sociales, alimentation, consommation) qui prennent le pas sur toute possibilité d'élaboration psychique ou d'introspection.

Les travailleur·euse·s s'interrogent dès lors sur la manière dont ils·elles peuvent mobiliser le sujet et lui permettre de devenir acteur·rice. Les constats de terrain mettent en évidence que la parole de l'usager·ère peut être modulée pour répondre aux attentes de l'institution judiciaire, ne permettant pas toujours d'accéder à sa réalité et à sa subjectivité. Certain·es vont se saisir de l'injonction de prise en charge et du cadre thérapeutique pour initier une introspection sur leurs comportements pouvant être marqués par l'absence de limites ou des passages à l'acte transgressifs. D'autres vont, au contraire, développer un mécanisme de résistance qui peut s'exprimer par une polarisation des plaintes sur le fonctionnement du système judiciaire et sociétal. Les usager·ère·s ne reconnaissent parfois pas les faits, n'expriment pas de volonté

de changement, ce qui peut se lire en autres comme une défense : déni, déresponsabilisation, minimisation, etc. Les professionnel·le·s se retrouvent alors confronté·e·s au défi d'ouvrir cet espace de parole qui permet d'initier un discours authentique sur leur vécu subjectif.

L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGER·ÈRE·S : ENTRE CONTRAINTES ET OPPORTUNITÉS

Au fil du temps, les perspectives de continuité et de conditionnalité des soins se sont articulées différemment, suivant les évolutions des modèles mis en place pour prendre en charge les individus s'écartant des normes d'autonomie prônées par les sociétés modernes. Alors que l'on assiste aujourd'hui au développement d'un modèle valorisant l'interconnexion des dispositifs et le décroisement institutionnel de la prise en charge médicale, les aspects sécuritaires, hérités des modèles asilaires développés au XIX^e siècle, semblent resurgir en s'articulant au travers du prisme de la judiciarisation du champ de la santé mentale¹³. Les enjeux liés à la protection de la société se traduisent au sein des services de soins par le recours à des mesures de suivi qui contraignent le traitement des personnes ayant commis un acte répréhensible (toxicomanie, alcoolisme, abus sexuel, violences, etc.).

Ainsi, de nombreuses contraintes peuvent peser sur les usager·ère·s, qu'il s'agisse de conditions sécuritaires imposées par des instances légales, judiciaires ou répressives, des critères d'inclusion fixés par les institutions ou encore du cadre posé par les professionnel·le·s au sein des relations interpersonnelles.

Ces divers impératifs soulèvent des enjeux éthiques liés à l'opérationnalisation du trajet de soin. Comment composer avec les différents aspects de la conditionnalité des soins ? Comment éviter que les règles imposées ne pénalisent des publics qui, fragilisés par diverses problématiques (précarité, difficultés liées à la mobilité, altération des facultés, méfiance envers les institutions, fracture numérique, etc.) peinent à s'y conformer (rendez-vous manqués, comportements impulsifs et/ou anticonformistes, difficultés à élaborer une demande claire, mise à l'épreuve et/ou en échec des liens et des limites, etc.) ? Comment transformer des injonctions en occasions propices à la création de liens thérapeutiques ? Comment éviter qu'elles ne mènent au contrôle des comportements, au désinvestissement des usager·ère·s forcé·e·s de se raconter

et à une perte de sens des travailleur-euse-s se sentant instrumentalisé-e-s ? Comment protéger les individus et la société sans générer davantage d'inégalités ? Sans imposer des trajectoires normalisées à des publics marginalisés ? Comment promouvoir le développement d'un système qui ne limiterait pas les droits des personnes en conditionnant l'accès aux soins à l'adhésion à des critères spécifiques et réglementés ? Comment donner sens aux contraintes et les transformer en projets ? Comment veiller à ce qu'elles favorisent non pas les ruptures mais bien la continuité dans les parcours de soins ? Comment faire des exigences de la conditionnalité non pas des critères d'exclusion ou de conformité mais des leviers ?

Ces réflexions animent particulièrement les professionnel-le-s des services spécialisés qui proposent un accueil basé sur la notion d'« inconditionnalité ». Recevant chaque jour des personnes aux parcours discontinus, ponctués d'errances et d'itinérances, ils-elles ont conscience de la nécessité de prendre en compte la singularité des situations et de respecter le rythme, l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes rencontrées. À travers les actions et la souplesse des cadres proposés par leurs services, les travailleur-euse-s du secteur spécialisé soutiennent l'émergence, parfois lente, d'une demande latente.

Les professionnel-le-s auteur-ric-e-s du présent écrit affirment la plus-value d'une offre de soins diversifiée et revendiquent un espace de liberté qui puisse leur permettre de réfléchir avec l'usager-ère à la création d'un cadre stimulant et au sens clinique des trajectoires proposées. Ils-elles lels expriment la nécessité de consacrer du temps aux réflexions et aux discussions concernant le travail en réseau et en multidisciplinarité. Ils-elles se questionnent face à la volatilité des normes et des critères qui conditionnent les subsides dont les financements modèlent le fonctionnement des services. Ils-elles alertent face à l'instabilité des moyens octroyés qui engendrent turn-over, arrêts de projets porteurs et discontinuité des services proposés.

OUVERTURE

Il semble ainsi important de considérer avec recul le recours à la conditionnalité dans l'accès aux soins et de ne pas la subir mais de composer avec celle-ci dans le respect des besoins singuliers et des droits fondamentaux des usager-ère-s. Questionner les impacts de ces deux modes d'être relationnel que sont la continuité et la conditionnalité, c'est aussi se demander dans quelle société l'on souhaite évoluer : une société tournée vers le contrôle, la répression et le sécuritaire (Foucault, 1975) ou une société valorisant le « care » (Tronto, 2009) ?

Bibliographie

- **Cellule Générale Politique Drogues (2023)**. *Stratégie interfédérale pour une politique globale et intégrée en matière de drogues 2024-2025*. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/strategie_interfederale_fr.pdf
- **De Munck, J., Kutty, O., Genard, J.L., & Vrancken, D. (2003)**. *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*. Academia Press et Politique scientifique fédérale. <http://hdl.handle.net/2078.1/79499>
- **Fédito wallonne (2015)**. *Le secteur spécialisé « assuétudes » wallon et la Réforme des soins en santé mentale*. https://www.feditowallonne.be/documents/Le_secteur_specialise_assuetudes_et_la_reforme_des_soins_en_sante_mentale-14072015-17306.pdf
- **Foucault, M. (1975)**. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard.
- **Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (2025)**. *Plan interfédéral pour des soins intégrés*. <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederale-soins-integres#plan-interfederale-soins-integres--un-tremplin-pour-la-poursuite-de-la-reforme>
- **La langue française (2024)**. *Conditionnalité*. <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/conditionnalite>
- **Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province de Luxembourg (2025)**. *Réseau 107 « Proxi-RéLux »*. *Qu'est-ce que c'est ?* <https://www.platformeapsylux.be/ou-sadresser/les-institutions-et-les-reseaux/reseau-107/>
- **RASANAM (2025)**. Réseau d'aide et de soins en assuétudes. <https://www.rasanam.be/>
- **Tronto, J. (2009)**. *Un monde vulnérable. Pour une politique du « care »* (H. Maury, Trad.). La Découverte. (Édition originale publiée en 1993).
- **Réseau Santé Namur (2025)**. *Notre mission : créer des synergies*. <https://www.reseausantenamur.be/>
- **Vers une Belgique en bonne santé (2024)**. *Continuité des soins*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continue-des-soins>



Grégory Lambrette

Chargé de direction, psychologue -
psychothérapeute au Quai 57
de l'association arcus
(Luxembourg)



Naïra Meliava

Directrice générale
de l'association Oppelia
(France)



Sandhia Vadlamudy

Directrice générale de l'association
des intervenants en dépendance
du Québec (AIDQ)

MAL-ÊTRE AU TRAVAIL : LES ÉQUIPES EN SOUFFRANCE

Interview de Naïra Meliava, Sandhia Vadlamudy, Gregory
Lambrette par Natalie Castetz, journaliste

Réduction des ressources et des budgets, manque d'effectif, surcharge des tâches, évolution des attentes... Les professions d'aide et de soins où la relation à l'autre est centrale sont particulièrement touchées par la démotivation, le mal-être au travail, le burn-out. Ces risques sont-ils suffisamment pris en compte ? Témoignages.

ARP. LE PHÉNOMÈNE SEMBLE GÉNÉRALISÉ : L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL AFFECTE DE PLUS EN PLUS DE PERSONNES. QUE CONSTATEZ-VOUS ?

Naïra Meliava : Les indicateurs de mal-être sont les mêmes dans nos activités que dans la société en général : on parle de surmenage, de démotivation, de burn-out. Ces indicateurs sont d'autant plus significatifs avec les profils professionnels de nos équipes : les personnes s'engagent dans des

métiers portant sur le social, le médical et le paramédical, des métiers qui sont associés à des notions de sens, de valeurs auxquelles elles tiennent, et qui sont de l'ordre de la militance.

Tous les métiers sont exposés, dans tous les secteurs. Pour les encadrants, ce sont les tensions budgétaires, les tensions règlementaires, la charge partenariale, l'animation des réunions. Les équipes s'épuisent. Le secteur connaît une problématique d'attractivité et des difficultés de recrutement, avec un taux d'emplois vacants de 10 %. Nous

avons notamment du mal, ce qui est nouveau, à recruter des psychologues.

Sandhia Vadlamudy : Le travail de relation d'aide dans le milieu de la dépendance est particulièrement exigeant, d'autant plus dans la conjoncture actuelle du Canada confronté à une crise du logement, à l'augmentation de la pauvreté et de la vulnérabilité et à la crise de surdoses qui s'est aggravée au cours de la pandémie de Covid-19 : près de 55 000 personnes sont décédées de surdoses depuis une dizaine d'années. Depuis début 2025, on compte déjà au Québec quelque 700 décès, soit une augmentation de 30 % par rapport à la même période en 2024.

Les équipes rapportent des situations très fréquentes de fatigue émotionnelle, de sentiment d'impuissance, d'épuisement et de difficultés face aux deuils répétés. Il en résulte les recours à des arrêts de travail et des départs.

Grégory Lambrette : Les travailleurs sociaux se retrouvent aujourd'hui dans des situations extrêmement compliquées face à des personnes vivant des problèmes particulièrement aigus, comme l'accès au logement ou l'insuffisance des capacités d'accueil en milieu hospitalier. Ils se retrouvent alors confrontés au mécontentement des usagers quand eux-mêmes n'ont pas de prise sur ces problèmes, avec le sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes. Cela impacte le moral et accentue le sentiment de perte de sens. Et au Luxembourg, contrairement à l'Allemagne par exemple, il n'y a aucune contrainte réglementaire obligeant l'entreprise à mettre en place des actions concernant les risques psycho-sociaux.

Autant de difficultés qui entraînent des problèmes de pénurie de personnel compétent et obligent à chercher de plus en plus loin pour recruter parfois au-delà de la Belgique, de la France et de l'Allemagne qui sont par tradition des pourvoyeurs de main d'œuvre pour le Luxembourg.

ARP. COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS CES SITUATIONS ?

Naïra Meliava : Les facteurs sont nombreux. Ce secteur vit une augmentation significative des contraintes administratives et de la logique gestionnaire, avec des réorganisations structurelles et des méthodologies bureaucratiques et chronophages, ce qui crée des tensions au sein des équipes. Autre évolution, la fonction transversale d'intervenant a peu à peu laissé place, au sein des Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), à des catégories plus classiques, celles d'infirmier, psychologue... Une dimension plus technique sans doute nécessaire avec la professionnalisation des disciplines.

Par ailleurs, la précarité des contrats avec des financements non pérennes et les menaces de

plans sociaux créent des incertitudes du lendemain, épuisantes. Par exemple, le dispositif expérimental des « haltes soins addictions » (HSA), ouvertes en 2016 à Paris et Strasbourg devait devenir caduc au 31 décembre 2025. Il a été prolongé de deux ans mais reste fragile.

Travailler dans le secteur de l'addictologie conduit forcément à accompagner les personnes dans l'ensemble de leur vulnérabilité, pas uniquement sur la question des usages. Or, les équipes rencontrent de réelles difficultés à pouvoir accompagner les personnes dans une politique globale de santé, avec les tensions que vivent tous les secteurs. Ainsi, quand il s'agit d'accompagner une personne dans le droit commun, que ce soit pour l'ouverture des droits de la sécurité sociale ou pour des soins à l'hôpital. Et on se retrouve avec le phénomène des patates chaudes, où chacun se renvoie l'usager.

Enfin, nos professionnels sont exposés à des situations de violence, directe et indirecte, venant d'un public qui a vécu des traumatismes et subi des violences dans des parcours de vie extrêmement heurtés. Cela contribue à l'épuisement pour les acteurs de première ligne mais aussi pour ceux qui les accompagnent au long cours. Et l'intervenant ne peut pas, non plus, ne pas voir la stigmatisation par la société de nos publics, qui attaque les valeurs humanistes portées par les équipes. C'est la première fois qu'un Centre d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques auprès des usagers de drogues (Caarud) est fermé, cette année, dans le centre de Paris !

Sandhia Vadlamudy : Depuis la pandémie Covid, on a constaté une saturation des ressources liée au fait que les besoins et les demandes ont décuplé mais pas les moyens. Il s'agit aujourd'hui de faire plus avec moins et les services n'ont pas les outils pour répondre aux besoins. On ne voit pas, au Canada, quand la crise de surdoses pourra être résorbée, vu le manque d'investissements du gouvernement qui entre dans une période de compression budgétaire au niveau de la santé et des services sociaux, avec une diminution d'1,5 milliard de dollars canadiens. Ainsi, le projet de loi n°103 qui vise à encadrer les services de consommation supervisée (SCS), qui existent depuis 2017 va restreindre pour les personnes les plus vulnérables l'accès à des ressources de soutien et d'aide de proximité.

Par ailleurs, le Québec connaît une augmentation des personnes en situation d'itinérance, de près de 40 % entre 2018 et 2022 tandis que les ressources pour les services de réduction des méfaits ne suffisent pas. Il n'y a pas non plus de logements suffisamment disponibles, alors l'intervenant dans un centre de ressources en réduction des méfaits voit les personnes repartir dehors quand il fait - 25 °, - 30°. Confronté tous les jours à la détresse, il n'a pas les moyens d'y faire face et connaît un terrible sentiment d'échec, d'impuissance. Sans compter les deuils qu'il vit aussi, qu'ils soient liés ou non à la crise de surdoses d'opioïdes.

Gregory Lambrette : On constate une tendance à la rationalisation des soins, avec une petite musique venue du côté du secteur hospitalier évoquant une pression difficilement vécue par le personnel. Mais pour ce qui est de l'ambulatorio, le Grand-Duché de Luxembourg reste encore privilégié côté budgétaire et la question des effectifs se pose de façon moins aiguë que dans les pays frontaliers, comme la Belgique et la France.

Confrontés à des situations de plus en plus complexes, notamment pour l'emploi et le logement, avec une augmentation de la mendicité qui n'existait pas jusque-là et avec la saturation des services d'urgence, les travailleurs sociaux voient les consultations augmenter comme la fréquentation des services. Résultat, ils travaillent dans l'urgence et sous la pression.

ARP. LES PUBLICS PRIS EN CHARGE ONT ÉGALEMENT ÉVOLUÉ.

Naïra Meliava : Les intervenants se retrouvent souvent aux prises avec des éléments difficiles à composer et à coordonner, avec des publics aux parcours complexes, dont les problématiques se croisent, la précarité et les vulnérabilités augmentent et qui vieillissent. Ainsi, le dispositif des appartements thérapeutiques avait été créé à l'époque pour des usagers ayant des troubles du VIH /VHC et addictologie. Aujourd'hui, les troubles sont plus larges et la durée de la prise en charge très compliquée.

Gregory Lambrette : La misère augmente et les bénéficiaires des services manifestent une plus grande agressivité parfois pour accéder à des services et/ou obtenir des mesures auxquels ils estiment avoir droit. L'accueil réservé aux réfugiés est ainsi fréquemment évoqué comme exemple de discrimination que certains ont du mal à comprendre.

ARP. FACE À CES SITUATIONS, QUELLES ACTIONS METTEZ-VOUS EN PLACE ?

Naïra Meliava : Penser que le mal-être au travail relève de vulnérabilités individuelles est une erreur : c'est aussi de la responsabilité de nos collectifs et de nos organisations. Nous essayons de développer la démocratie associative et de valoriser la dimension des savoirs expérientiels, d'avoir des espaces de partage, de rencontres et d'échanges sur des projets mutualisés et de favoriser, via les formations, les montées en compétences. Et, à tout moment, il est possible de faire appel à une association de soutien aux soignants avec des dispositifs d'appui, comme d'échanger avec des psychologues.

Sandhia Vadlamudy : Nous développons du soutien pour les personnes en première ligne. En 2023, par exemple, nous avons mis en place une formation « Entretenir son feu intérieur », spécialement conçue pour soutenir la motivation

des personnes qui interviennent dans le champ de la dépendance. Pour offrir une réponse structurée, pas juste individuelle, l'AIDQ propose aussi une formation destinée aux personnes gestionnaires d'équipes appelées à assumer les rôles de superviseur et soutien cliniques.

La sensibilité à ces risques psycho-sociaux est bien là mais il n'est pas toujours évident de les prendre réellement en compte, quand les groupes en première ligne vivent des situations d'urgence et que l'effectif des équipes s'avère souvent incomplet.

Gregory Lambrette : Nous ne sommes plus dans la traditionnelle structure verticale, avec une logique autoritaire et directive, mais de plus en plus dans le développement d'un management plus collaboratif, participatif qui permet au personnel impliqué de trouver du sens. L'association arcus, par exemple, qui accompagne les familles en difficulté en proposant un encadrement adapté, en matière de logement, d'éducation et d'accueil, de santé et d'insertion et compte 1 500 salariés, met progressivement en place une hiérarchie la plus horizontale possible. Une organisation plate favorise l'auto-gestion des salariés.

Les préoccupations, comme l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle sont de plus en plus importantes, et certains organismes ont développé en interne des programmes tel que la bien-traitance ; d'autres commencent à penser à mettre à disposition du personnel, au-delà des délégations du personnel, des services psycho-sociaux. Mais il s'agit là de grosses structures, qui ont davantage de moyens et peuvent mutualiser les coûts.

Du côté du gouvernement, le ministère de la santé s'engage dans des plans d'action visant à améliorer la qualité de vie. Il y a eu le Plan d'action luxembourgeois de réduction du mésusage de l'alcool (PALMA) et, plus récemment, le plan d'action pour la santé mentale qui offre des dispositifs pour prendre soin des personnes et par-là même, d'une certaine manière, du personnel. Néanmoins, on peut s'interroger sur les politiques appelées à se développer face à une frange de la population de plus en plus conservatrice à l'égard d'un public toujours très stigmatisé.



À CONTRETEMPS

Vanessa Bohéas

Psychologue au CSAPA de l'Association d'établissements spécialisés en psychiatrie et addictologie (Les Apsyades) à Chateaubriant (Loire-Atlantique)

Dans une société dominée par l'immédiateté et l'injonction à agir sans délai, l'urgence s'impose comme une nouvelle norme, y compris dans le champ du soin psychique. Cet article propose une pause réflexive pour interroger les effets de cette accélération sur les pratiques cliniques, la rencontre thérapeutique et notre rapport subjectif au temps, rappelant que soigner suppose parfois de ralentir, d'attendre et de laisser advenir.

« *Ça urge !* », ça ne peut pas attendre. Il y a dans cette injonction une exigence de réponse rapide qui pousse les professionnels à faire, à agir, privant chacun de sa parole, laissant peu, voire pas, de place à l'inédit et à l'invention.

« *Tout va trop vite.* » La vie courante est-elle aussi contaminée par ce nouveau rapport au temps ? On mange dans des fast-food, on regarde des stories, on zappe et même on scrolle.

L'heure contemporaine est à l'urgence.

Qu'est-ce qui fait urgence aujourd'hui ? Et quelles sont les conséquences pour chacun de cette soumission à cette nouvelle temporalité ?

Ce qui est certain, c'est qu'elle occupe une place considérable et de plus en plus croissante dans notre société. 24 heures sur 24, il est possible pour tout un chacun de répondre à son envie, son désir, de satisfaire sans délai sa demande. SOS pizza, SOS pressing, SOS apéro et bien d'autres SOS promettent de nous donner entière satisfaction, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Tout cela a été rendu possible depuis le début du 21^e siècle par l'essor des nouvelles technologies de communication. L'exigence de l'instant s'est ainsi propagée dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Bon, il ne s'agit pas non plus de nier le fondement réel de l'urgence dans notre monde si complexe

sur le plan climatique, humanitaire, économique, écologique.

Sur le plan de la santé mentale, de la psychiatrie, nous avons aussi à faire avec l'urgence. Au CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), on reçoit des patients sous obligation de soins exigeant un rendez-vous le jour même car le lendemain, ils voient le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) ou cet autre patient réclamant son TSO (traitement de substitution aux opiacés) « *aujourd'hui même* » car il ne peut pas attendre le lendemain, sinon il sera contraint de vivre des douleurs de corps atroces... Nous sommes sommés de répondre à l'urgence... par l'urgence. Déjà en apnée, nous devons également satisfaire des tâches administratives qui envahissent le quotidien, remplir des protocoles et rendre compte dans des tableurs Excel de la moindre de nos actions. Une cadre dirigeante me disait il y a quelques jours : « *J'ai trois réunions en même temps, je ne sais pas comment je vais faire.* »

Patients et professionnels, nous voilà tous pris dans le tourbillon du temps.

« *Tout, tout de suite et que ça saute !* » Et ça saute vraiment, à l'image des premières urgences, celles des hôpitaux qui ont littéralement explosé, les

1 Saint Augustin, *Confessions*, Édition Flammarion, 1964.

2 Freud Sigmund, « *L'Inconscient* », *Métapsychologie*, Gallimard, Paris, 2003, p.96.

3 Lacan Jacques, « *Ouverture de la section clinique* ». Questions et réponses, *Ornicar ?*, n°9, Paris, 1977, p. 7-14.

4 Cloës Claude, *Chronique de la psychiatrie à l'ère hypermoderne*, *Journal des psychologues*, 2019, p. 8-72.

contraignant même à fermer pour certaines, à ne plus exister. La société craque, ne sachant plus comment soigner les plaies et les bleus à l'âme.

Cette accélération du temps, symptôme de notre modernité a des conséquences sur notre manière de travailler, de rencontrer l'autre et de vivre le temps.

Face au temps qui presse, cet écrit est l'occasion d'une pause, de lever le pouce comme dans la cour de récréation, de marquer une ponctuation face à la frénésie du temps qui ne cesse de s'emballer pour retrouver plaisir à penser, à éprouver et peut-être même à patienter, voire prendre le temps ou même perdre son temps.

Alors, qu'est-ce que le temps ? « *Si personne ne me le demande, je le sais, mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne sais plus* » nous dit Saint Augustin. Notion abstraite, le temps est insaisissable, impossible de capturer le moment présent car aussitôt dit, il n'est déjà plus. Et il n'y a jamais aucun moment qui ressemble à un autre.

Le temps ne s'écoule pas de la même manière pour chacun et nous connaissons tous ces sensations de variabilité du temps subjectif lorsque nous nous exclamons « *déjà, ça a passé trop vite !* » ou au contraire « *oh ça m'a paru interminable !* » Chacun a son propre vécu du temps bien différent du temps des horloges. Et cela a des conséquences sur l'homme qui est devenu pressé...

Aussi, nous avons tout un florilège de métaphores sur le temps comme « *avoir du temps* », « *manquer de temps* », « *gagner du temps* », « *perdre du temps* », qui nous fait entrevoir que le temps serait un objet, un bien que l'homme chercherait à s'approprier, à acquérir, à maîtriser pour contrer sa propre mort, dans un fantasme du tout possible. Mais Freud dans son essai *L'Inconscient (1915)* nous indique que l'inconscient ne connaît pas le temps, que dans l'inconscient, le temps n'existe simplement pas. Il écrit : « *Les processus du système inconscient sont intemporels, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés dans le temps, ne sont pas modifiés par l'écoulement du temps, n'ont aucune relation avec le temps.* »² En effet, l'inconscient répète inlassablement le même, quel que soit le temps passé. Alors, rien ne sert de courir après le temps, votre inconscient aura toujours une longueur d'avance.

Un peu plus tard, en 1977, Lacan nous parle d'« *un réel comme un impossible à supporter* »³. Un réel qui surgit d'une impasse à pouvoir se dire, un passage à l'acte, qui ne cesse de s'échapper aux mots du langage et déborde le sujet dans son corps et sa pensée. Et c'est bien celui-ci auquel nous avons affaire lorsque nous rencontrons nos patients et auquel nous avons à répondre avec le plus grand des sérieux.

« *On n'a plus le temps !* » : comment rester disponible à la rencontre ?, tel était le thème des 10^{es} Rencontres soignantes en psychiatrie en octobre 2024, à Paris. Je vous fais part de ce que j'ai retenu de cette journée : ballotté d'une urgence à une autre, on n'a plus le temps d'être, on se contente alors de parer au plus pressé avec le sentiment amer de ne jamais être réellement présent à ce que l'on fait. On n'a plus le temps d'être mais que le temps d'agir.

Les professionnels ne manquent pas d'idées pour tenter de réguler l'urgence et de répondre à toutes les demandes qui leur sont faites. Des équipes mobiles sont créées, de nouveaux métiers apparaissent, des listes d'attente ne cessent de toujours s'affiner pour évaluer le degré d'urgence : rouge, orange, violet, vert, bleu. Mais aussi innovants soient-ils, ces dispositifs ne semblent jamais suffisants.

Répondre à l'instant, à l'immédiateté, nous précipite dans l'éphémère chargé de sensations fortes liées à la seule jouissance de l'ici et maintenant. Cela n'est pas sans nous rappeler le « shoot » du toxicomane. Pas de temps mort pour la pulsion. On passe à l'acte. L'urgence vide le temps de sa profondeur, le réduisant à l'instant présent, chargé d'une intensité insoutenable.

Mais accompagner la psychose engage sur des années voire des décennies. La permanence des soins dans et hors les murs, s'ils sont inscrits dans une durabilité sûre, offre au sujet de pouvoir s'ancrer dans un lieu stable, structurant, enveloppant et lui permettre de lutter contre les effets dévastateurs de sa psychose.

La clinique de la psychose ne coïncide pas avec la dimension de l'urgence. Le temps est un outil thérapeutique efficace à condition qu'il soit long. Claude Cloës nous dit dans *Chronique de la psychiatrie à l'ère hypermoderne* : « *Or, l'idéologie de la rentabilité, la logique gestionnaire, le soin réalisé dans l'urgence n'offrirait plus un asile sûr pour les "fous"* . »⁴ Mais au-delà de la psychose, lorsqu'un sujet vient nous voir parce qu'il est bloqué, fixé, englué dans un symptôme, un vécu, une histoire familiale plus ou moins inconsciente, le travail avec le thérapeute va consister à revisiter le passé, à remonter le temps grâce au travail d'associations qu'il fera pendant et entre chaque séance dans un rythme plus lent que celui des séances réelles. Le sujet ne cesse de faire des allers-retours afin de déchiffrer le symptôme qui l'encombre et cela prend du temps.

Pour prendre le temps de prendre soin, il faut s'affranchir de l'impératif d'efficacité et de rentabilité.

Alors ne nous laissons pas piéger par l'urgence, piège des sociétés capitalistes et rejoignons Philippe Delerm qui nous invite dans son célèbre livre, *La Première gorgée de bière et autres plaisirs minuscules*, à nous enfoncer dans le plaisir de

l'instant pour lui-même, sans autre objectif que de goûter avec modération le moment présent.

Le temps étant toujours compté, je me permets, tout de même, un détour par un temps conté. C'est un conte roumain qui s'intitule « *L'Histoire de l'homme et de ses années* »⁵ :

« Lorsque Dieu créa le monde, il réunit toutes ses créatures pour leur accorder leur durée de vie et leur dire combien de temps elles vivraient et quel mode de vie elles mèneraient.

Le premier à apparaître devant Dieu était l'homme. Et Dieu lui dit :

- Toi, l'homme, tu seras le roi du monde, marchant debout sur tes pieds et regardant vers le ciel. Je te donne un visage noble. Le pouvoir de la pensée et du jugement sera à toi, et la capacité à révéler tes pensées les plus initiées au moyen de la parole. Tout ce qui vit, bouge et circule sur la Terre sera sous ta domination, les oiseaux ailés et les rampants t'obéiront. Les tiens seront tous les fruits de l'arbre et de la terre, et ta vie sera de trente ans.

Puis l'homme se détourna, insatisfait, en grognant.

- À quoi bon vivre dans le plaisir et dans la puissance, si toutes les années de ma vie doivent être de trente seulement !

Ce fut le tour de l'âne. Il s'avança pour entendre ce que Dieu avait décidé pour lui.

Le créateur dit :

- Tu travailleras dur ; tu porteras de lourds fardeaux et tu seras constamment battu. Tu seras toujours grondé et tu auras très peu de repos. Ta nourriture sera pauvre, de chardons et d'épines, et ta vie sera de cinquante ans.

Quand l'âne entendit ce que Dieu avait décidé pour lui, il tomba à genoux et s'écria :

- Doux créateur miséricordieux, suis-je vraiment né pour mener une vie si misérable et dois-je avoir une nourriture aussi pauvre que les chardons et les épines ? Dois-je travailler si dur et porter de si lourds fardeaux, et vivre pendant cinquante ans dans une telle misère ? Aie pitié de moi et retire vingt ans.

Alors l'homme, avide de longue vie, s'avança et demanda pour lui-même ces vingt ans que l'âne avait rejetés. Et le Seigneur les lui accorda.

Puis, vient le chien. Le Créateur lui dit :

- Tu garderas la maison et la propriété de ton maître. Tu t'attacheras à eux comme si tu avais peur de les perdre. Tu aboieras même à l'ombre de la lune et, pour tous tes ennuis, tu rongeras les os et mangeras de la viande crue, et ta vie sera de quarante ans.

- Doux Créateur miséricordieux, s'écria le chien, si ma vie doit être faite de soucis et de problèmes, et si je dois vivre d'os et de matières premières, retire, je te prie, vingt ans.

Encore une fois, l'homme avide de vie, s'avança et pria le Créateur de lui accorder les vingt ans rejetés par le chien. Et le Créateur a de nouveau satisfait

à sa demande.

C'était maintenant le tour du singe.

Le Créateur dit :

- Tu n'auras que la ressemblance d'un homme, mais tu ne seras pas un homme. Tu seras stupide et enfantin. Ton dos sera plié. Tu seras un objet de moquerie pour les enfants et la risée d'idiots, et ta vie sera de soixante ans.

Quand le singe entendit ce qui avait été décidé pour lui, il tomba à genoux et dit :

- Doux Dieu miséricordieux, dans ta sagesse tu as décidé que je serais comme un homme sans être un homme, que mon dos serait plié, que je serais la risée des jeunes et des imbéciles, et que je serais stupide. Prends pitié et retire trente ans de ma vie. Et Dieu, le miséricordieux, accepta sa demande. Et encore une fois, l'homme, dont la cupidité ne peut jamais être satisfaite, s'avança et demanda aussi ces trente ans que le singe avait rejetés. Et de nouveau, Dieu, lui a donnés.

Alors Dieu renvoya tous les animaux et toutes ses créatures, et chacun alla à son poste désigné et à la vie qui lui avait été accordée.

L'homme vit en roi et en chef sur toutes les créatures pendant les trente années que le Seigneur lui a données, dans la joie et le bonheur, sans souci et sans problème.

Puis viennent les années de trente à cinquante, qui sont les années de l'âne ; elles sont pleines de dur labeur, de lourds fardeaux et de peu de nourriture, car l'homme a hâte de rassembler et d'amasser quelque chose pour les années à venir. Il ne pouvait en être autrement, car n'étaient-ce pas les années qu'il avait prises à l'âne ?

Viennent ensuite les années de cinquante à soixante-dix, où l'homme est assis chez lui et garde avec des tremblements et la peur de perdre le peu qu'il possède, craignant toute ombre, mangeant peu, éloignant toujours les autres de peur qu'ils ne lui volent ce qu'il a rassemblé, et aboyant contre tous ceux qu'il soupçonne de vouloir emporter ce qui lui appartient. Il n'est pas étonnant qu'il se comporte ainsi, car ce sont les années du chien, que l'homme avait demandées pour lui-même.

Et si un homme vit au-delà de soixante-dix ans, alors son dos se plie, son visage change, son esprit s'obscurcit, il devient infantile, une risée pour les enfants, un amusement pour le fou, et ce sont les années que l'homme avait reprises au singe. »

Je laisse à chacun le soin de lire ce conte à travers ses propres résonnances, de laisser vagabonder sa pensée, de s'arrêter, de s'étonner, d'accueillir ce qui se passe quand il ne se passe rien, de contempler le monde avec une douce mélodie et de se laisser surprendre par l'inattendu... telle est l'urgence.

⁵ Marchand Anne, *Contes et légendes du temps*, Éditions Frison-Roche Les Belles Lettres, 2022, p.152.

1 <https://www.addictionsuisse.ch/press/non-aux-coupes-budgetaires-dans-le-domaine-des-addictions/>

2 https://grea.ch/wp-content/uploads/files/Synthesis_Report_final_f-1.pdf



Matthieu Amstutz
Travailleur social, praticien
en psychologie positive

© DR

LA PSYCHOLOGIE POSITIVE AU SERVICE DU POUVOIR D'AGIR DES PROFESSIONNEL·LE·S DE TERRAIN

La période actuelle a vu dans de nombreux pays une réduction des budgets consacrés à la prévention et à la prise en charge des addictions. Dernièrement, en Suisse, environ un quart du budget alloué aux maladies non transmissibles et aux addictions a été coupé pour des raisons d'économie¹. Parallèlement, les problématiques associées sont en hausse et présentent une complexité croissante.

Dans ce contexte, plusieurs options sont envisageables :

La première consiste à mener des actions de lobbying et à intervenir auprès des instances publiques. Il s'agit de présenter des arguments mettant en avant la nécessité de financer les stratégies liées aux addictions et de montrer en quoi cet investissement peut permettre de limiter les conséquences liées aux comportements addictifs, tout en générant des économies pour la collectivité². Cette démarche concerne principalement les responsables d'institutions chargés de défendre les résultats du travail de leurs équipes, mais également les acteur·rice·s étatiques concernés, syndicaux, associatifs ou militants.

La deuxième option consiste à ce que les travailleur·se·s de terrain maintiennent — d'elles/eux-mêmes

ou que les organes dirigeants des institutions spécialisées ou étatiques l'exigent — les standards de prise en charge, malgré le contexte de réductions budgétaires ou de contraintes accrues. Toutefois, cette approche comporte le risque d'engendrer une surcharge de travail pouvant conduire à l'épuisement ou la démobilitation des équipes, alors même que certains acquis tendront inexorablement à se dégrader. Cela sans parler du manque de perspectives d'évolution qui est un facteur important d'épuisement au travail ou de perte de sens dû à l'inadéquation entre les objectifs à remplir et les moyens de mise en œuvre.

Mais c'est dans l'exploration d'une troisième voie que je vous propose de nous immerger. Malgré le contexte difficile et la diminution des différents soutiens, celle-ci pourrait permettre aux professionnel·le·s de terrain de continuer à innover et à maintenir, voire à améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes concernées par les addictions. Les outils et interventions issus de la psychologie positive — courant de la psychologie scientifique qui étudie les conditions et processus qui contribuent au bien-être, à l'épanouissement et au fonctionnement optimal des individus et des collectivités — semblent particulièrement pertinents dans cette perspective

À L'ACTION

Cette troisième voie, qui s'apparente à l'innovation frugale³, est une approche qui vise à répondre à un besoin de manière simple et efficace tout en utilisant un minimum de ressources. Ce concept, inspiré du principe indien « *Jugaad*⁴ », est notamment utilisé pour surmonter les contraintes d'environnements complexes ou défavorables, c'est un art de la débrouillardise. Il s'agit de redonner aux travailleur-se-s de terrain la possibilité d'améliorer les dispositifs de prise en charge et de prévention de manière à prendre soin de leur santé mentale et physique tout en diminuant le désengagement et la fatigue liés à la dégradation des conditions de travail. Il s'agit ainsi de leur redonner du pouvoir d'agir pour préserver le sens et les valeurs de leur engagement quotidien.

Il est néanmoins important de noter qu'un risque significatif doit être pris en considération lors du développement de nouvelles approches dans le domaine de l'aide à la personne. En effet, il s'agit d'éviter toute expérimentation hasardeuse qui pourrait conduire à la mise en œuvre de pratiques inefficaces, voire potentiellement préjudiciables aux bénéficiaires. Comme le souligne la philosophe Cynthia Fleury⁵, il est nécessaire de garder à l'esprit la réalité des corps derrière les grandes idées. Il s'agit de rechercher des outils qui fournissent une valeur ajoutée aux accompagnements proposés et qui ont fait l'objet de validations scientifiques solides.

Depuis plus de vingt-cinq ans, la psychologie positive constitue un champ de recherche dédié à l'analyse des conditions et des processus favorisant l'épanouissement ainsi que le fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions⁶. Cette discipline repose sur des recherches méthodologiquement rigoureuses et scientifiquement validées issues de la psychologie « classique ». Elle vise à identifier les facteurs donnant du sens à l'existence, à étudier les forces individuelles et à comprendre le fonctionnement optimal et les déterminants du bien-être, tout en proposant des interventions éprouvées et validées.

Le panel des outils issus de ce champ de recherche englobe une variété d'objectifs, tels que l'augmentation du bien-être, l'amélioration des comportements prosociaux ou le développement des forces de caractère, ainsi que différents niveaux d'application, qu'ils soient individuels, groupaux ou institutionnels. Par ailleurs, la plupart de ces interventions peuvent être mises en place de manière simple et avec des ressources financières ou matérielles limitées.

Leur impact auprès d'un public présentant des comportements addictifs a été évalué et les résultats obtenus sont encourageants⁷. Toutefois, le nombre d'études spécifiques dans ce domaine reste limité⁸, ce qui laisse un large champ d'investigation à explorer.

Dans le cadre du travail certifiant d'un CAS (*Certificate of Advanced Studies*) en psychologie positive effectué

à l'université de Lausanne, j'ai eu l'opportunité de mettre en œuvre une intervention relevant de la psychologie positive au sein d'un lieu d'accueil à bas seuil d'accessibilité et orienté vers la réduction des risques⁹. Ma démarche, axée sur l'utilisation d'un tableau de gratitude¹⁰ par les usagers et sur son impact potentiel sur leur bien-être psychologique visait à répondre à deux questionnements principaux. Premièrement, il s'agissait d'évaluer la variation du bien-être entre le début et la fin de l'intervention quatre semaines plus tard, ainsi que d'analyser la faisabilité et l'acceptabilité de cet outil dans ce contexte spécifique (libre adhésion, anonymat, etc.). Le deuxième objet de ma recherche portait sur l'éventuel effet de l'utilisation passive de ce dispositif sur le bien-être des participant-e-s. L'utilisation active du tableau consistait pour les participants à inscrire sur le tableau des choses pour lesquelles ils ressentaient de la gratitude alors que l'utilisation passive ne consistait qu'en la lecture des moments partagés. Si les résultats quantitatifs (questionnaires) n'ont pas montré une différence significative après intervention, tous les critères d'acceptabilité et de faisabilité étaient positifs, que ce soit en termes de fréquence d'utilisation, du retour émotionnel des participant-e-s ou de l'adéquation d'un tel outil dans ce type de lieu d'accueil.

Le retour émotionnel de l'utilisation passive de l'outil, suite à une auto-évaluation du vécu des participants lors d'un entretien semi-directif à la fin de la période d'évaluation de l'outil, était même sensiblement meilleur que celui de l'utilisation active puisqu'aucune mention d'émotions dites « négatives » n'est apparue. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la lecture seule des mots du tableau mettait les usagers dans une posture moins « engagée » face au regard et aux jugements de leurs pairs.

Cette étude, qui propose une approche encore peu investiguée visant à mesurer les effets d'une utilisation passive d'un outil issu du domaine de la psychologie positive, suggère que ce domaine de recherche et ses applications sur le terrain pourraient faire évoluer les moyens de prise en charge dans ce

³ ou « *Jugaad* », qui vient d'un mot hindi signifiant « savoir se débrouiller et trouver des solutions dans des conditions hostiles » <https://www.valuans.com/innovation-frugale/> approche qui consiste à créer des solutions simples, peu coûteuses et ingénieuses en utilisant un minimum de ressources pour répondre à des besoins essentiels. Née dans les pays émergents face aux contraintes de rareté, elle privilégie la débrouillardise, la flexibilité et l'adaptabilité plutôt que des processus complexes et coûteux.

⁴ Ibid.

⁵ <https://soundcloud.com/club-44/le-devenir-indigne-de-nos-societes-cynthia-fleury>

⁶ Gable S. L. & Haidt J. (2005). *What (and why) is positive psychology ?*, Review of General Psychology, 9 (2), 103-110.

⁷ Akhtar M, Boniwell I. *Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents: A group intervention Groupwork: An Interdisciplinary*. Journal for Working with Groups. 2010; 20(3):6-31.

⁸ Krentzman, A. R. (2013). *Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research*. Psychology of addictive behaviors, 27(1), 151.

⁹ Influence d'un tableau de gratitude sur le bien-être psychologique de personnes confrontées à des problématiques d'addiction.

¹⁰ Support collectif où chacun peut partager des moments pour lesquels il ressent de la gratitude, favorisant l'expression et l'écoute au sein du groupe. La gratitude est associée à une augmentation du bien-être psychologique, des émotions positives, de la satisfaction de vie et des relations sociales, ainsi qu'à une diminution du stress et des symptômes dépressifs. Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). *Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life*. Journal of Personality and Social Psychology, 84(2), 377-389. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>

11 Ulrich Roger S., *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*. Science 224, 420-421 (1984). DOI:10.1126/science.6143402.

12 Voir notamment les travaux de Fanny Weytens sur la notion de jobcrafting.

13 Soulet, M-H. (2007). *La reconnaissance du travail social palliatif*. Dépendances, 112, 14-18.

14 Zielinski, A. (2010). *L'éthique du « care » Une nouvelle façon de prendre soin*. Études, Tome 413 (12), 631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

contexte spécifique. Pouvant être portées et mises en œuvre par les équipes sur le terrain, ces interventions ont la capacité de redonner du pouvoir d'agir aux professionnel-le-s, de participer à l'évolution et à la mise en place de nouvelles pratiques métiers dont on peut mesurer les effets grâce à des indicateurs quantitatifs (tests, questionnaires) ou qualitatifs (entretiens personnels, fréquences d'utilisation, etc.) précis et éprouvés.

Il convient toutefois de noter que ce type de propositions ne saurait se substituer à une psychothérapie ni aux différents services médicaux ou sociaux. Il doit être envisagé comme un soutien complémentaire, facilitant le renforcement des ressources individuelles ou collectives et participant à l'optimisation du cadre dans lequel s'inscrit le « prendre soin ». À cet égard, l'étude de Roger S. Ulrich¹¹ réalisée en milieu hospitalier a examiné les différences observées concernant la consommation d'analgésiques et la durée d'hospitalisation entre des patient-e-s bénéficiant d'une vue sur des arbres et ceux exposés à un mur de briques. Pour une même intervention chirurgicale, les résultats indiquent que les patient-e-s avec vue sur les arbres sont restés hospitalisés en moyenne 7,96 jours contre 8,70 jours pour ceux avec vue sur un mur. Le personnel soignant a également rapporté davantage d'événements négatifs parmi les patient-e-s exposés au mur (3,96) par rapport à ceux ayant vue sur les arbres (1,13). Enfin, la patientèle avec vue sur la nature a réduit sa consommation de médicaments analgésiques plus rapidement que les autres.

À L'AVENIR

Dans ce contexte de contractions budgétaires, il est légitime de s'interroger sur l'opportunité de poursuivre l'innovation et le maintien d'une qualité optimale d'accompagnement avec des ressources limitées, ce qui pourrait être perçu comme une validation implicite de ces choix politiques.

Il ne m'apparaît cependant pas opportun de remettre en question ce principe car il est essentiel que les professionnel-le-s de terrain conservent leur capacité à façonner leur environnement de travail¹² et à optimiser les prises en charge dont ils sont responsables. Comme déjà évoqué, la préservation de la santé du personnel et sa capacité à faire face aux différents défis nécessitent un renforcement de leur autonomie ainsi qu'une réelle possibilité d'agir sur leurs outils professionnels.

Les interventions et outils du domaine de la psychologie positive ne sont pas destinés à remplacer les dispositifs psychothérapeutiques, médicaux ou

sociaux classiques. Ils doivent être considérés comme des compléments possibles ou comme des solutions alternatives pour les personnes n'ayant pas accès ou refusant les services des réseaux médico-sociaux standards. Ils peuvent également être appréhendés comme une approche palliative du travail social telle que proposée par Marc-Henry Soulet¹³, qui met l'accent sur la capacité des individus à maintenir leurs acquis plutôt que sur des démarches d'amélioration ou d'insertion traditionnelles.

Il n'est pas question ici de donner raison aux politiques d'austérité en montrant que l'on peut faire plus, ou du moins autant, avec moins. Au contraire, les potentielles économies engendrées par ces outils ne doivent être pensées que comme des possibilités de prioriser financièrement les domaines où la réduction de l'offre n'est ni envisageable ni négociable. Si un tel projet d'intervention basé sur la psychologie positive génère une diminution de la violence, cette amélioration doit bénéficier en priorité aux travailleur-se-s de terrain, en leur offrant des conditions d'exercice moins contraignantes et un climat plus favorable à l'accompagnement des bénéficiaires.

Depuis plusieurs années, je m'intéresse à la question du développement des compétences métiers et des standards de prise en charge dans des contextes marqués par des contraintes financières, infrastructurelles ou de ressources humaines. Si ces situations soulèvent de nombreux enjeux concernant les conditions de travail et d'accompagnement, elles offrent également l'opportunité d'analyser les pratiques existantes et d'identifier des solutions pertinentes et durables dans un environnement complexe.

Poursuivre cette réflexion dans un contexte de restrictions budgétaires croissantes suppose de recentrer radicalement nos priorités : placer la personne — soignante, bénéficiaire, employée ou aidée — au cœur des dispositifs d'assistance, précisément lorsque les moyens se raréfient ; reconnaître le rôle du plus vulnérable comme source de connaissance et vecteur de capacité, en valorisant sa singularité et en prenant en compte son récit et son expérience individuelle. Face aux logiques comptables qui menacent de réduire l'accompagnement à des indicateurs de performance, il devient urgent de dépasser l'usage exclusif des données quantitatives pour intégrer la dimension qualitative de l'éthique du « Care¹⁴ », qui privilégie la préservation de la vie et de la dignité en considérant tant la personne aidante que celle accompagnée, ainsi que leur environnement social et économique. Dans un paysage où les coupes budgétaires tendent à déshumaniser l'aide à la personne, l'intégration de ces réflexions dans nos pratiques professionnelles devient un acte de résistance constructif, permettant de maintenir un accompagnement de qualité malgré l'adversité des contraintes financières. C'est par ces actions individuelles et collectives que nous façonnons le type de société solidaire que nous souhaitons préserver, même — et surtout — en période d'austérité.



Pierre Clobus

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



Clarisse Vanvolsem

Pharmacienne, membre du Réseau Alto



Dominique Lamy

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LE CONCEPT HUMANISTE DU TRIANGLE : PRODUIT, ENVIRONNEMENT ET PERSONNE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'HIMALAYA COMME CHEMIN DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UN OUTIL NARRATIF POUR OUVRIR LE DIALOGUE

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

Bibliographie

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

**Khadija Ammar**

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

Nader Trigui

Médecin psychiatre psychothérapeute
et responsable de pôle

Paul Jennings

Médecine interne générale FMH
et responsable de pôle

Giovanni Innaurato

Médecine interne générale FMH

Jean-Marie Rossier

Psychologue psychothérapeute
Fédération suisse des psychologues (FSP)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DIVERSIFICATION DES PROFILS ET ADAPTATION DES SOINS

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

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

entraînent agitation, désorganisation et grande vulnérabilité sociale.

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

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

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

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

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

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

MAINTIEN DE L'APPROCHE INTÉGRÉE

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

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

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

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

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

DIVERSIFICATION DES THÉRAPIES PROPOSÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

DÉFIS ACTUELS ET À VENIR

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

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

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

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

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

RÉFLEXION SUR LES LIMITES DU SYSTÈME ET LES ENJEUX À RELEVER

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

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

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

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

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



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



▲ Fondation Phénix
Plaquette de présentation.

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



Bibliographie

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



Marc Cruypeninck
Assistant en psychologie
Audrey Decarpentrie
Psychologue clinicienne
Arthur Hernandez
Psychologue clinicien
Isabelle Maerten
Assistante sociale
Florence Marcin
Psychologue clinicienne
Tania Mendoza
Coordinatrice générale
François Mertens
Psychologue social et interculturel
Bergen Yuksel
Psychologue clinicienne

> Tous membres
de l'association Le Pélican

L'AIDE EN LIGNE POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS

Face aux freins persistants à l'accès aux soins en addictologie, l'association Le Pélican a développé des dispositifs d'aide en ligne pour l'alcool et les jeux d'argent. Accessibles, anonymes et gratuits, ces plateformes constituent un premier espace sécurisant pour initier le changement, réduire le délai de consultation et renforcer la continuité des soins, tout en soulevant de nouveaux enjeux cliniques, techniques et politiques.

L'association Le Pélican est un centre ambulatoire non médicalisé à Bruxelles, spécialisé dans les problématiques liées aux drogues et aux addictions. Ses missions s'articulent autour de quatre axes : l'accompagnement psychologique, la prévention, la formation et la réinsertion.

Concernant l'accompagnement psychologique, Le Pélican accueille des usager·ère·s, en individuel, en couple ou en famille, ainsi que leur entourage, qui souhaitent questionner la relation aux substances psychoactives ainsi qu'aux jeux d'argent. Notre approche est collaborative et respecte le parcours et l'objectif de chacun·e, qu'il s'agisse de modération ou d'abstinence.

Cet article portera plus particulièrement sur l'une des activités de notre association, en l'occurrence notre pôle "aide en ligne". Celui-ci se compose de deux plateformes en ligne qui visent à accompagner des personnes souhaitant remettre en question

leur consommation d'alcool ou leur pratique de jeux de hasard et d'argent. Comme nous le décrivons, ces plateformes portent un certain nombre d'objectifs spécifiques et offrent un ensemble de ressources et de programmes, dans le but de s'adapter à un public le plus large possible.

LE FOSSÉ THÉRAPEUTIQUE

Qu'il s'agisse d'une consommation problématique de substances ou d'un excès de jeux, nous constatons que les personnes qui nous consultent le font tardivement. Le temps creuse un fossé délétère entre la personne en souffrance et l'accès aux soins, avec des répercussions psychologiques, somatiques et sociales. Le délai moyen avant une première consultation avoisine les dix-huit ans pour l'alcool (Bruffaerts *et al.*, 2007) et les neuf ans pour les jeux de hasard et d'argent (Grant & Chamberlain, 2024).

Certains freins trouvent leur origine dans le secteur du soin lui-même. Une étude récente (Vanderplasschen & al., 2020) a mis en lumière le manque de formation et de connaissance du personnel soignant sur les addictions. Cela entraîne des difficultés à détecter les troubles addictifs, une stigmatisation des consommateur·ice·s ainsi qu'un accompagnement ou une orientation souvent inadéquats. Par ailleurs, solliciter de l'aide, c'est se confronter à de longues listes d'attente, peu importe la structure de soin, car les services sont saturés.

Socialement, la consommation d'alcool et la pratique des jeux de hasard et d'argent sont fréquemment banalisées (publicité, aspect festif de l'alcool). Pourtant, l'attitude face aux personnes dépendantes est souvent opposée : les préjugés et stéréotypes sont nombreux, et les consommateur·ice·s sont renvoyé·es à leur responsabilité. Face à ces idées reçues, les usager·ère·s ont peu de chance d'identifier leur consommation comme étant problématique.

Au niveau individuel, enfin, si conscientiser le problème de consommation est une étape difficile, une autre est de dépasser l'ambivalence entre, d'une part, les préoccupations sur la qualité de vie et, d'autre part, la peur de la honte et des conséquences potentielles d'une demande d'aide.

“... Pour cela, je pense que cette plateforme est vraiment bien faite. Beaucoup de personnes ne consulteraient pas sinon, j'en suis sûre.” (participante, 52 ans)

L'AIDE EN LIGNE, UN PONT ENTRE L'USAGER·ÈRE ET LE·LA PROFESSIONNEL·LE

Constatant ce fossé thérapeutique, nous avons souhaité agir. Nos recherches nous ont menés vers nos confrères et consœurs flamand·es et leur site d'aide en ligne, alcoholhulp.be. Se fondant sur un modèle « stepped-care », l'intervention s'adapte aux demandes et besoins des bénéficiaires, proposant d'abord de l'information, puis des tests d'évaluation des risques, et enfin un programme d'aide en ligne. En nous inspirant de ces outils, et en collaboration avec le centre Alfa de Liège, nous avons créé deux sites d'aide en ligne francophones : aide-alcool.be (2012) puis joueurs.aide-en-ligne.be (2013).

FONCTIONNEMENT DES SITES D'AIDE EN LIGNE

Ces sites comportent trois parties. La partie « informations » propose d'abord des renseignements

sur l'alcool et les jeux ainsi que des auto-tests pour évaluer sa consommation. La partie « self-help » offre ensuite une série d'exercices inspirés des approches motivationnelle et cognitivo-comportementale. Enfin, l'accompagnement en ligne ajoute au contenu du “self-help” un entretien hebdomadaire d'une heure par chat avec un·e psychologue.

FACILITÉ D'ACCÈS, ANONYMAT, GRATUITÉ ET TEMPORALITÉ

Nous souhaitons offrir un espace suffisamment sécurisant pour initier une réflexion, poser les premières bases d'un travail sur la consommation et/ou amorcer un changement. Le cadre se caractérise par quatre éléments centraux : facilité d'accès, anonymat, gratuité et durée limitée.

Dans un suivi classique, l'accessibilité peut être limitée par des facteurs géographiques (peu ou pas de structures, parfois éloignées) ou d'organisation (horaires en journée). En plus de permettre l'accès au soin sans se déplacer, nous avons étendu les horaires de consultation, en proposant des plages plus importantes, en semaine de 9h à 21h et le samedi matin.

De plus, aller vers une structure étiquetée « addiction » suppose de dépasser la honte et la peur du jugement. L'anonymat permet ici de faire sauter certains verrous et d'aborder des sujets parfois difficiles sous les yeux d'un·e interlocuteur·ice extérieur·e. Certain·e·s participant·e·s soulignent que l'absence de regard posé directement sur elles et eux diminue la sensation d'être jugé·es et facilite la discussion.

“... Je pense que c'est vraiment par rapport à l'image que ça renverrait de moi à l'autre, ici le fait qu'on ait parlé dans un 1er temps sans se voir, ça facilite les choses.” (participant, 47 ans)

L'anonymat des échanges par chat permet aussi un “effet de désinhibition”. La personne tend à s'exprimer plus librement et de façon plus intime (Stoll & al., 2021).

Le coût d'un suivi peut, lui aussi, constituer pour certain·e·s un obstacle important, notamment pour les personnes plus précaires. C'est donc dans l'optique de toucher un public plus vaste que nous avons opté pour la gratuité de ces programmes.

Sans établir de causalité certaine avec l'un ou l'autre de ces éléments, nous constatons des différences dans le public touché par l'aide en ligne. Celui-ci comporte davantage de femmes (50 %) que dans

notre centre (33 %). De même, il nous permet de rencontrer des personnes plus tôt dans leur questionnement sur l'alcool ou le jeu : en 2023, il s'agissait ainsi, pour 67 % des personnes inscrit-es sur aide-alcool.be, d'une première demande d'aide.

“Les jugements envers une femme qui boit sont plus rudes dans notre société et montrent une forme de déséquilibre par rapport aux hommes qui sont vus comme des fins connaisseurs de vins, ou des bons vivants. En ce qui me concerne, j'ai vu un thérapeute il y a 2-3 ans, j'ai abordé différentes questions très personnelles mais jamais le problème de l'alcool. En tant que femme, j'aurais eu trop honte.” (participante aide-alcool.be, 52 ans)

Enfin, le programme est prévu sur douze semaines et a donc un début, une progression et une fin clairement établie. Ce choix répond à un accompagnement ciblé, soutenant et contenant, dans une temporalité qui favorise le passage à l'action. Cette aide en ligne se veut un espace de réflexion ainsi qu'un lieu servant de tremplin vers d'autres formes d'aide lorsque cela est pertinent.

“Je me sens relativement bien. Je suis un peu ému de savoir que c'est notre dernière séance.” (participant, 62 ans)

AIDE EN LIGNE ET ADAPTABILITÉ FACE À L'ÉVOLUTION DU CONTEXTE SOCIAL

En mars 2020, la Belgique est en pleine pandémie de Covid-19. La population est confinée et les suivis thérapeutiques en présentiel arrêtés. Au sein de notre structure, nous avons proposé à nos patient-es de « basculer » sur notre plateforme d'aide en ligne pour répondre à cette situation. Les entretiens en face à face sont devenus des sessions « chat ». En plus de réduire le fossé thérapeutique, l'aide en ligne s'est révélée être un outil efficace pour garantir une continuité dans nos accompagnements.

Avec la fin du confinement, les demandes d'aide dans les structures de santé mentale ont considérablement augmenté, singulièrement dans le domaine des addictions. Associés à des réductions budgétaires, les services ambulatoires et hospitaliers ont déploré des listes d'attente de plusieurs mois. Autrement dit, la personne qui a pu franchir le fossé thérapeutique s'est retrouvée dans un « sas d'at-

tente ». L'aide en ligne a pu prendre ici une nouvelle fonction de trait d'union, proposant une aide plus rapide en attendant le soutien présentiel sollicité. Le basculement du présentiel au distanciel lors du confinement pose aussi la question d'une thérapie mixte (« *blended* »). Plusieurs études exploratoires évoquent l'intérêt d'associer présentiel et distanciel, singulièrement dans l'engagement des patient-es (Tarp *et al.*, 2024). À ce stade, notre expérience de ce « *blended* » nous conduit à voir de plus en plus l'aide en ligne comme un complément clinique autant que comme un pont vers le soin. À l'avenir, il s'agira de quantifier l'importance de son impact.

L'évolution est aussi technique. En 2012, par exemple, l'aide en ligne était pensée pour des utilisateur-ices d'ordinateur. Avec l'utilisation croissante des smartphones, il a fallu actualiser le site pour l'adapter à ce nouvel usage. À l'heure de l'intelligence artificielle, il n'est pas rare que des participant-es doutent du ou de la thérapeute en ligne : est-ce une personne ou une IA ? Comment tenir compte de cette nouvelle pratique numérique et sociétale ?

LES LIMITES DE L'AIDE EN LIGNE

Les plateformes aide-alcool.be et joueurs.aide-en-ligne.be demandent un engagement continu. Leur pérennité dépend des orientations choisies au niveau politique, ce qui nous impose de constamment réaffirmer l'intérêt de notre projet et de le défendre. Cette situation est insécurisante pour les équipes et les professionnel-le-s qui y travaillent.

En parallèle, nous avons été confronté-es, dès son lancement, à de nombreuses réticences de la part du réseau. L'utilisation de ces plateformes éveillait chez beaucoup de professionnel-le-s la peur de ne pas être en mesure de créer un lien de confiance suffisamment sécurisant. Il est vrai que pour une minorité de participant-es, l'absence de lien verbal et la solitude derrière l'écran peuvent être rédhibitoires. Si tel est le cas, ces personnes sont orientées vers un parcours de soins qui leur correspond. Notre objectif de les insérer dans le réseau est rempli.

“J'avoue que j'étais réticent de base. Mais ça me convient pour le moment.” (participant, 37 ans)

Des défis se posent également au niveau du cadre. Tou-te-s les utilisateur-ice-s ne sont pas familier-ère-s avec l'usage d'un ordinateur ni à l'aise avec l'écrit. Cela peut ralentir les échanges et limiter notre capacité à explorer les multiples facettes d'une situation. Mettons cela en perspective avec l'évolution des usages et la démocratisation de l'accès à internet.

Par ailleurs, l'aide en ligne s'accompagne parfois de problèmes techniques et de connexion qui peuvent constituer un obstacle. Cela implique la collaboration avec un service technique et de maintenance efficace.

Enfin, les psychologues travaillant sur ces plateformes peuvent aussi rencontrer des limites. Au niveau de la communication, l'absence de langages verbal et non verbal peut représenter une perte d'information et engendrer des interprétations erronées nécessitant des reformulations. Au niveau des situations d'urgence, par exemple une crise suicidaire, l'absence d'information sur le contexte de vie des personnes (lieu, personnes ressources,...) peut nous mettre dans des situations d'impuissance, dûes à notre champ d'action limité.

Pour limiter cela, lors de l'inscription sur le site, les participant·e·s répondent à plusieurs questionnaires portant sur leur état de santé général, leur parcours de soin, l'étendue de leur consommation et leurs objectifs. Ces informations permettent d'assurer un accompagnement adapté et sécurisant tant pour les utilisateur·ice·s que pour les thérapeutes.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES POUR L'AIDE EN LIGNE

En allant chercher les personnes directement dans leurs lieux de vie, aide-alcool.be et joueurs.aide-en-ligne.be permettent une prise en charge plus rapide et l'élargissement de notre portée d'action

en touchant un public différent. Cela leur permet de répondre aux enjeux contemporains tels que les limitations budgétaires et la crise du Covid-19.

L'aide en ligne s'est révélée être un complément précieux à l'approche en face-à-face. Elle favorise un environnement propice au changement et permet de travailler la motivation des participant·e·s avec, au besoin, une réorientation en présentiel.

Nous adaptons nos plateformes aux évolutions sociétales et technologiques. Les informations et exercices du site sont mis à jour en tenant compte de la littérature scientifique. Nous tenons également compte des besoins des bénéficiaires en leur proposant de nouveaux outils comme le lancement d'une série de podcasts, prévue pour 2026.

À l'avenir, il nous semblerait intéressant d'élargir l'offre d'aide en ligne à l'entourage des consommateur·ice·s. Et pourquoi pas dans d'autres secteurs ?

L'aide en ligne pourrait être élargie à un public plus large si elle bénéficiait d'un soutien politique plus important. En Belgique, le financement reste limité, ce qui ralentit le développement de ces services. Cela pose une question éthique : intervenir face à des problèmes qui dépassent notre champ d'action ou ne pas intervenir.

Bibliographie

- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). *Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 937-944.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2024). *Duration of untreated illness in gambling disorder*. *CNS Spectrums*, 29(1), 54-59. Chantry.
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2021). *Text-based synchronous online counseling with psychotherapists: A scoping review*. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 729135.
- Tarp, K., Christiansen, R., Bilberg, R., Borkner, S., Dalsgaard, C., Paldam Folker, M., & Søgaard Nielsen, A. (2024). *Patient Perspectives on Blended Internet-Based and Face-to-Face Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Use Disorder: Qualitative Study*. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e47083.
- Vanderplasschen, W., Vander Laenen, F., & Vandeveldde, S. (2020). *Stigma and discrimination in substance use disorders: Perspectives from Belgium*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(2), 109-118. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1668284>.

1 Wagener, Martin, *L'intervention sociale réinventée face à la consommation d'héroïne*. Les Politiques sociales, 2019.

LES CONSOMMATEURS DE DROGUES ILLICITES AYANT UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE ET LES AGENTS DE LIAISON, ENSEMBLE POUR UN TRAJET DE SOIN

Antoine Bragard, Dominique Connet, Julie Guyot et Jonathan Vlachonikolos

Équipe mobile de liaison en addictologie



L'aide psycho-sociale spécifique à destination des personnes consommatrices de drogues illicites s'est doucement développée en Belgique durant les quarante dernières années. De nombreux services ont vu le jour pour tenter de venir en aide à ce public particulier oscillant entre errance et prises en charge multiples. Pourtant, il reste aujourd'hui difficile d'appréhender ce public et de le maintenir en lien. C'est pourquoi le projet « double diagnostic » (drogues illicites et troubles psychiatriques) fait émerger des équipes d'agents de liaison en Wallonie. Dans cet article, nous voulons retracer la création de notre équipe mobile de liaison en addictologie au sein de la région de Verviers.

HISTORIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSÉ AUX PERSONNES CONSOMMATRICES DE DROGUES ILLICITES EN WALLONIE¹

Notre court historique de la consommation de drogues en Belgique, et plus particulièrement à Liège sera agrémenté de quelques impressions (en italique) données par le pair-aidant de notre équipe qui a connu une grande partie de ces ser-

vices lorsqu'il était usager, puis également lorsqu'il est devenu bénévole dans certaines de ces associations.

Dans les années 1960 et 1970, il n'existe pas encore de travail social aidant les usagers de drogues dures, et c'est donc la police et les services psychiatriques qui interviennent. Ensuite, dans les années 80, après la crise économique des années 70, on rencontre le plus haut taux de consommation d'héroïne. Les premiers débats en santé publique émergent à Liège, et la méthadone est utilisée comme produit de substitution. L'usage de ce traitement restera d'ailleurs dans un flou juridique jusque dans les années 90. C'est également à cette période que les premières interventions ambulatoires débutent à Liège, notamment avec le centre Alfa qui lance le premier programme de substitution. *« Le centre Alfa, c'était d'abord pour les consommateurs d'alcool, puis ils ont élargi aux usagers de drogues. Là-bas, on pouvait recevoir de l'aide sociale, consulter une psychologue, et un travail avec l'entourage et la famille était aussi possible. »*

Dans les années 1990, beaucoup de services bas seuil sont créés, certains se spécialisent dans le domaine des assuétudes. Le Centre public d'action sociale (CPAS) et un centre hospitalier ouvrent des lits d'urgence ainsi qu'un centre de soins pour les usagers. Certains d'entre eux commencent tout

doucement à bénéficier de l'aide d'une structure psychiatrique. À cette époque, on considérait d'ailleurs la cure comme seul modèle accepté, modèle déjà appliqué pour l'alcool. « *Parfois dans les conditions de probation, il y avait celle d'aller en cure. Mais je suis déjà allé au Clean (centre de cure) pour une heure, j'avais le papier disant que j'y avais été, puis, je le donnais à mon assistant de probation. Quand on y rentre sous contrainte, on ne sait pas travailler de la même manière* ».

En 1994, c'est la création à Liège du centre d'échange de seringues, le Start, maison d'accueil socio-sanitaire (MASS), et cela en vue de promouvoir la réduction des risques liés à la consommation. « *Le Start a été précurseur, les médecins ont dû braver la loi, parce qu'au début ils n'avaient pas le droit de prescrire de la méthadone ; ça a été très compliqué de le mettre en place. Les Liégeois ne voulaient pas parce qu'ils pensaient qu'on donnait juste du produit, mais c'était bien plus que ça. C'était vraiment un accueil bas seuil, on pouvait échanger des seringues pour éviter de les laisser en rue, on avait de la méthadone, et aussi une tartine et un café si on le souhaitait. D'ailleurs, les éducateurs finissaient parfois au cachot avec les consommateurs parce qu'ils avaient du matériel sur eux. Le Start, ça a été une des premières initiatives pour invisibiliser la problématique de consommation à Liège. Pour ceux qui étaient en total décrochage avec la société, c'était une manière de remettre le pied à l'étrier.* » C'est donc une série de services qui émergent, en proposant tous des idées nouvelles en matière de travail social. « *C'est ça qui était intéressant, de voir une diversification de l'aide proposée. Heureusement qu'il y avait plusieurs services disponibles, parce que je n'ai jamais été au même pendant tout mon parcours de toxicomanie. C'est aussi ça qui a fait qu'on a pu aider de plus en plus de personnes sur Liège.* »

LE CONTEXTE ACTUEL

Politique

Notre équipe de liaison émerge d'une réponse du Réseau de santé mentale de l'Est (RÉSME) à un appel à projet pour un trajet de soins pour personnes ayant un diagnostic primaire de troubles mentaux graves et/ou chroniques directement liés à leur consommation de drogues illicites. Cet appel à projet lui-même répond à une constatation : malgré les tentatives d'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale, de nombreuses personnes présentant ce double diagnostic restent un groupe difficile à prendre en charge. L'objectif est de faciliter les collaborations avec les services de « *High and Intensive Care* »

qui accueillent des adultes en situation de crise psychiatrique aiguë, les services de type A en psychiatrie générale (qui se voient ainsi renforcés) et les services en santé mentale et/ou en assuétude du réseau.²

En Belgique, le nouveau gouvernement mis en place à partir de 2025 prévoyait d'investir dans la prévention, l'accompagnement et le sevrage. Cependant, il entend également mettre l'accent sur des mesures plus répressives à l'égard des consommateurs de drogues illicites, notamment les « récidivistes ». Et ce, en augmentant par exemple les amendes à transaction pénale immédiate³. Or, la Fédération Drogues Addictions rapporte que la répression des usagers a rarement mené à une amélioration de la problématique de consommation, voire qu'elle peut aggraver une situation déjà très précaire pour certains. Selon eux, une intervention et un accompagnement dans le parcours de soins permettraient de mieux utiliser les ressources de l'Etat. En ce sens que l'addiction n'est pas un choix, mais bien une maladie et un symptôme révélant d'autres difficultés psycho-sociales, les usagers devraient être soutenus, accompagnés et soignés plutôt que sanctionnés et stigmatisés.⁴ Il paraît donc essentiel de diriger l'attention sur la prévention et la réduction des risques.

Social

La consommation de cocaïne en Belgique est en hausse drastique tandis que la consommation d'héroïne est en baisse. C'est également ce que nous remarquons dans nos prises en charge. En parallèle, le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée, mais, dans le cadre de nos prises en charge, elle l'est rarement en produit seul.⁵

Sociétal

De manière générale, l'opinion publique portant sur les personnes consommatrices de drogues illicites est nettement plus tranchante que celle sur les personnes consommatrices d'alcool. La raison est que l'alcool est socialement plus accepté, et surtout légal. Par leur caractère illicite, les autres substances peuvent plus souvent flirter avec la précarité, la mendicité, la prostitution, etc., ce que le tout-venant voit comme n'étant socialement pas acceptable. Bien que cette vision des choses tende à s'estom-

² Stordeur, Sabine, *Appel à projet pour un trajet de soins pour personnes ayant un diagnostic primaire de trouble(s) mental(aux) et/ou chronique(s) lié(s) à leur consommation de drogues illicites*. SPF Santé, 2023.

³ Fedax, *Edito - Coalition Arizona : un bref aperçu des mesures concernant les drogues et addictions*, 2025. <https://fedabxl.be/fr/2025/02/edito-coalition-arizona-un-bref-apercu/>

⁴ Fedax, *Des amendes pour les usagers de drogues, l'éternel retour d'une fausse bonne idée*, 2023. <https://fedabxl.be/fr/2023/02/des-amendes-pour-les-usagers-de-drogues-leternel-retour-dune-fausse-bonne-idee/>

⁵ Sciensano, *La consommation de cocaïne en Belgique augmente tandis que la consommation d'héroïne diminue*, Coin presse, 2024. <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/la-consommation-de-cocaine-en-belgique-augmente-tandis-que-la-consommation-dheroine-diminue#:~:text=Selon%20le%20dernier%20rapport%20de%20drogue%20illicite%20C3%A9gale%20la%20plus%20consomm%C3%A9e>

6 *Recommandations pratiques pour l'engagement de pair.e.s praticien.ne.s en santé mentale.* L'association PRIKOP, la Fondation suisse Pro Mente Sana, l'association EX-IN Suisse, l'association professionnelle Peer+, 2022.

7 Organe de concertation Santé Belgique, *Panel consultatif: recommandations à la Cellule générale de Politique Drogues*, 2025.

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/advies_panel_avis.pdf

per, les stigmatisations sont toujours présentes dans la société, rendant plus difficile la réinsertion sociale des usagers qui tentent de s'éloigner des consommations.

Aussi, les services aidant les consommateurs d'alcool ont été créés bien plus tôt, et en plus grand nombre, que ceux pour les usagers de drogues.

C'est d'ailleurs au départ de cette constatation que l'appel à projet pour des équipes mobiles de liaison en addictologie a été lancé.

LES APPORTS DE L'ÉQUIPE MOBILE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Le décloisonnement, « aller vers »

Le projet de double diagnostic (drogues illicites et santé mentale) a émergé afin que le public sensible de consommateurs ayant un trouble psychiatrique associé puisse être atteint. En effet, ce public a tendance à échapper au réseau de soin, souvent après l'avoir longuement écumé. Ils ont souvent essayé de nombreux services spécialisés en addiction et en santé mentale, puis tendent à disparaître après une prise en charge. Un des objectifs de l'équipe de liaison en addictologie est d'équilibrer la relation entre les acteurs de terrain et les consommateurs. En effet, les agents de l'équipe de liaison en addictologie (ELA) se rendent au domicile (ou, à défaut, là où se trouvent les bénéficiaires) et mettent en place une relation d'égal à égal, et ce notamment grâce à la présence du pair-aidant de l'équipe.

La pair-aidance

Le terme « pair » repose sur le principe du partage sur un pied d'égalité. Être le ou la pair-e de quelqu'un-e signifie, dans ce contexte, partager et apporter son aide sur la base d'une expérience commune. « *Dans le domaine de la santé mentale au sens large, l'expérience commune est celle de la détresse psychique et du rétablissement.* »⁶

D'ailleurs, le nouveau gouvernement belge recommande l'intégration d'un expert du vécu (ou pair-aidant) dans les différentes phases du rétablissement.⁷ Cette approche favorise non seulement la réinsertion sociale de personnes en rétablissement en valorisant leur parcours (plutôt qu'en le stigmatisant), mais permet aussi de redonner espoir aux

personnes aux prises avec les addictions, et qui ont pour la plupart écumé de nombreux centres de cure et/ou services spécialisés en assuétudes.

La multidisciplinarité

L'équipe mobile de liaison en addictologie qui émane du RéSME est répartie en trois antennes, chacune basée dans un établissement spécialisé en matière de drogues. Ainsi, une antenne issue de la Clinique psychiatrique des Frères Alexiens à Henri-Chapelle (CPFA), en province de Liège, se compose de deux infirmiers, d'un pair-aidant et d'une psychologue, et est supervisée par deux psychiatres du département de désintoxication. Sur le terrain, la multidisciplinarité est un réel atout. L'expérience et la spécificité de chacun permet une prise en charge du bénéficiaire dans sa globalité. Les entretiens se font généralement en binôme afin de multiplier les regards sur les situations.

Nous comptons également un agent de liaison au sein du Centre hospitalier spécialisé « l'Accueil » (CHSA), à Lierneux, qui est éducateur, ainsi qu'un agent de liaison (assistant social) travaillant entre autres au Centre de cure et de post-cure des Hautes-Fagnes à Malmedy. L'intérêt de cette division nous permet avant tout de couvrir au mieux la zone de l'Est de la Wallonie qui s'avère être assez vaste. Cela permet aussi de faciliter les communications et collaborations entre les différents centres hospitaliers et/ou de post-cure, ce qui est le cœur même de notre métier, le lien.

LES OBJECTIFS DE NOTRE ÉQUIPE

Éviter l'errance thérapeutique

L'objectif de l'équipe de liaison est de favoriser la continuité des soins et de permettre aux différents professionnels et partenaires du système de santé d'être accessibles, en renforçant les responsabilités partagées et les actions des bénéficiaires. En ces termes, l'agent de liaison est garant du parcours du bénéficiaire et est témoin de son évolution. Il intervient donc en soutien aux soins directs en fournissant un point de coordination pour les soins des bénéficiaires présentant des problèmes complexes.

Les consommateurs ayant un trouble psychiatrique comorbide représentent une population particulièrement à risque de rupture du parcours de soin. En effet, bien qu'ils aient parfois écumé les différents centres et associations pouvant leur venir en aide, il n'existe pas forcément de lien ni de continui-

té du soin entre eux. L'équipe de liaison tend donc à apporter des réponses à des besoins non-couverts grâce à des interventions précoces et adaptées aux personnes en retrait du réseau conventionnel, en instaurant un fil rouge avec les différents intervenants gravitant autour des bénéficiaires. L'objectif est de savoir où se trouve le bénéficiaire dans son parcours de consommation (ou d'abstinence) et de jauger la stabilité psychiatrique afin de pouvoir agir le plus précocement possible.

La souplesse dans la prise en charge

Le travail avec une population bas-seuil ou fragilisée par des consommations et des troubles psychiatriques nécessite que les acteurs de terrain soient particulièrement souples dans leurs interventions. L'équipe de liaison en addictologie privilégie toujours des contacts horizontaux avec les bénéficiaires qu'ils accompagnent. Cette souplesse constitue notamment à s'adapter au rythme des bénéficiaires. En effet, l'équipe n'impose pas de temporalité dans la prise en charge : la durée est indéterminée et la fréquence des entrevues peut être adaptée au cours du suivi. Il n'existe pas non plus de canevas type de prise en charge, et l'abstinence n'est pas une condition pour être bénéficiaire d'un suivi de l'équipe, comme la rechute ou la consommation ne sont pas des critères d'exclusion. Il apparaît évident que chacun doit bénéficier d'un suivi adapté, non seulement à sa pathologie, mais également à ses objectifs et à ses capacités. En cela, une bonne connaissance du réseau d'aide et de soin disponible dans la région (voire dans la Wallonie) est primordiale.

Les liens inter-acteurs

Comme son nom l'indique, l'équipe de liaison fait le lien entre le bénéficiaire et le réseau autour de lui. L'expérience des différents agents de liaison de l'équipe est un réel atout pour faciliter les contacts avec les acteurs de terrain du réseau. L'accent étant mis sur la collaboration, les intervenants assimilent les agents de liaison comme des partenaires du parcours de soin des bénéficiaires et perçoivent l'intérêt d'une équipe de référence qui centralise et relaie les informations. En outre, la présence d'agents de liaison dans trois établissements spécialisés en psychiatrie et en addictions permet nettement de fluidifier les échanges inter-hospitaliers. Les agents de liaison connaissent les équipes intra et extra murs, les médecins traitants, les psychiatres, les assistants sociaux, etc., et participent à un échange plus fluide entre tous ces acteurs.

Des réunions de concertation autour du patient partenaire peuvent également être organisées, ce qui permet à chacun des acteurs de savoir quelle

mission il réalisera avec le bénéficiaire, tous tendus vers un objectif commun : le rétablissement. L'équipe de liaison peut également faire office de « prothèse d'attente » dans le parcours de soins des bénéficiaires. En effet, le réseau étant saturé, les délais d'attente pour entrer dans un service ou bénéficier d'une hospitalisation peuvent être très longs, ce qui peut en décourager plus d'un. Les entretiens qui sont menés pendant cette période sont alors axés sur le maintien de la motivation et des objectifs afin que le bénéficiaire accède effectivement au service qui convient à sa problématique.

LES DIFFICULTÉS ET FREINS RENCONTRÉS

L'équipe mobile de liaison en addictologie est arrivée dans un réseau d'aide et de soin déjà saturé, et parmi des services qui travaillaient déjà avec des consommateurs, tentant de les orienter au mieux, bien que pas toujours spécialisés dans le domaine. Notre équipe a donc dû prouver et démontrer son intérêt dans l'offre de soin. Et ce, à force de suivis en commun, d'objectifs partagés, mais surtout, de volonté d'agir dans l'intérêt du bénéficiaire. Cela dit, nous l'avons mentionné, le réseau est saturé (et quelques fois lassé) par les profils de consommateurs présentant des troubles psychiatriques. Les bénéficiaires ont parfois déjà écumé l'ensemble des services disponibles sur le territoire, sans succès, et il nous faut proposer un « nouveau » parcours de soin.

Les rechutes peuvent également constituer une difficulté, mettant en péril les objectifs définis avec les bénéficiaires. C'est là tout le challenge des agents de liaison, maintenir le lien malgré les aléas du parcours.

CONCLUSION

Après un an de fonctionnement, nous pouvons déjà rendre compte de la pertinence de notre travail, tant au niveau de l'alliance thérapeutique que de l'intégration dans le réseau de soin, bien que la fonction d'agent de liaison reste quelque peu méconnue pour certains professionnels de la santé.

L'équipe de liaison reste, pour beaucoup de bénéficiaires, un ancrage dans leur parcours de soin, même après l'arrêt de la prise en charge.

En d'autres mots, les agents de liaison en addictologie, en collaboration avec le réseau et le bénéficiaire, démêlent les nœuds de situations inextricables afin de faire émerger le fil rouge du parcours de soin.

LA PAIR-AIDANCE DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS : ENTRE ENGAGEMENT, MUTATION ET DÉFIS CONTEMPORAINS

Imaine Sahed

Chercheuse au laboratoire Santé mentale sciences humaines
et sociales du GHU Psychiatrie et neurosciences Paris



Dans le champ des addictions, les pratiques d'accompagnement se sont développées par strates successives, souvent hétérogènes et concurrentes, sans jamais s'uniformiser. L'émergence de l'addictologie, avec la structuration des Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), a introduit une approche médico-psycho-sociale intégrative, marquant une étape d'institutionnalisation que tous les acteurs n'ont pas nécessairement partagée.

Ainsi, la pair-aidance s'inscrit dans ce paysage en recomposition. Ancrée dans l'expérience vécue, elle mobilise des savoirs issus de la gestion des risques, des effets, de la prohibition, du soin et de la stigmatisation, formant une véritable « pharmacologie expérientielle » [1;2]. Fondée sur la réciprocité, elle crée des espaces d'expression souvent inaccessibles aux professionnels, où peuvent se dire ambivalences, silences et rechutes [3].

Distincte des approches classiques thérapeutiques, la pair-aidance constitue à la fois une alternative à la médicalisation et un levier de transformation du lien social, notamment pour les publics en rupture. Mais son développement reste traversé par de fortes tensions : reconnaissance institutionnelle incomplète, précarité des statuts, brouillage des rôles, dilemmes entre fidélité à l'expérience et exigences de professionnalisation.

Ses figures sont multiples, allant du patient expert abstinent labellisé par l'hôpital au pair en réduction des risques auprès d'usagers actifs, ce qui reflète la diversité des pratiques, des contextes et des rapports aux institutions.

Cette hétérogénéité, loin d'être un obstacle, fait la richesse mais aussi la vulnérabilité de la pair-aidance. Loin d'être opposable ou hiérarchisable,

elle exprime la complexité des trajectoires entre abstinence, sevrage, réduction des risques ou accompagnement.

Cet article propose d'interroger les fondements et les apports de la pair-aidance, mais aussi ses tensions, ses contraintes structurelles et ses enjeux contemporains. Il s'agit de mieux saisir en quoi, et à quelles conditions, elle peut redéfinir les frontières du soin, du savoir et de la légitimité dans un champ en mutation.

DES ORIGINES MILITANTES À LA RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE

Évolution de l'accompagnement en addictologie en France : de la pluridisciplinarité à la pair-aidance

En France, l'accompagnement des personnes confrontées aux addictions s'est structuré autour d'une approche pluridisciplinaire (médecine, psychologie, travail social), sur un socle historiquement fragmenté, où alcoologie, toxicomanie et tabagisme relevaient de logiques distinctes : coordination limitée entre médecins et travailleurs sociaux en alcoologie, orientation psychanalytique en toxicomanie (ex : les post-cures du Dr. Olievenstein), approche hygiéniste en tabac.

Progressivement, de nouvelles initiatives impulsées par les usagers, comme autour du tabac et du vapotage (groupe JNFP ou « *Je ne fume plus !* »), participent au renouvellement d'un champ de l'addictologie toujours traversé par une forte hétérogénéité : entre les structures (Csapa hospitaliers médicalisés et associations fragilisées), entre les approches (éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale ou TCC, entretiens motivation-

nels) et les modes d'implication des personnes concernées [4 ; 5]. Cette diversité s'accompagne également de tensions : attentes divergentes des usagers, complexité des parcours, tensions internes, contraintes réglementaires.

Dans ce contexte, la pair-aidance émerge comme une réponse alternative, recentrant l'accompagnement sur le savoir expérientiel. Elle s'inscrit dans le prolongement des dynamiques nées dans les années 1990 avec la réduction des risques (RdR), promue face à la crise du VIH : distribution de matériel, traitements de substitution, échanges de seringues [6 ; 7 ; 8 ; 9]. Cette politique reconnaît les usagers comme acteurs et initie leur implication dans les premières actions collectives [1 ; 10 ; 11].

L'entraide entre pairs, d'abord informelle, s'organise en groupes d'auto-support valorisant le partage d'expérience [10 ; 11], posant les bases d'une reconnaissance du savoir expérientiel, distinct du savoir théorique ou professionnel par son ancrage dans le vécu [12].

Deux autres évolutions majeures accompagnent cette dynamique. D'un côté, l'essor des neurosciences promeut un modèle biomédical de l'addiction comme maladie chronique du cerveau (selon le National Institute On Drug Abuse ou NIDA), aujourd'hui relativisé même par certains de ses anciens défenseurs. De l'autre, l'approche du rétablissement, issue de la psychiatrie communautaire et portée en addictologie par des mouvements comme les Alcooliques anonymes (AA) ou les Narcotiques anonymes (NA), propose une conception subjective et évolutive du mieux-être, avec ou sans abstinence [13 ; 14].

La convergence entre la RdR, l'approche du rétablissement et la reconnaissance du savoir expérientiel éclaire l'émergence de la pair-aidance comme modalité d'accompagnement innovante, à l'interface du soin, du social et de la citoyenneté. Depuis les années 2000, elle s'inscrit dans le virage inclusif des politiques publiques qui reconnaissent les savoirs profanes et encouragent la participation des usagers à la co-construction des réponses en santé (Stratégie nationale de santé de la Haute Autorité de la santé).

Une dynamique historique portée par la réduction des risques

Dans le champ des addictions, la pair-aidance prolonge les dynamiques d'auto-support et de réduction des risques, en valorisant le savoir issu de l'expérience vécue. Si les premiers acteurs issus de ces mouvements ont été progressivement marginalisés lors de l'institutionnalisation du secteur, la

reconnaissance progressive du savoir expérientiel a favorisé un processus de professionnalisation. Cette évolution se déploie dans un paysage fragmenté aux multiples approches (sanitaires, communautaires, militantes ou festives) et reconnaissances institutionnelles variées : tandis que certains dispositifs (Csapa, Caarud) ont été intégrés aux politiques publiques, d'autres actions notamment en milieu festif ou issues des collectifs militants, restent marginalisées [5].

Des structures comme la Fédération Addiction ou l'association Auto-support des usagers de drogues (Asud) ont œuvré à la reconnaissance institutionnelle de la pair-aidance, tandis que des collectifs tels que Psychoactif, les Psychonautes, Techno+ ou Keep Smiling poursuivent une pair-aidance de terrain souvent critiquée vis-à-vis des cadres normatifs. Ensemble, ils témoignent de la vitalité et de la pluralité des engagements pair-aidants, allant bien au-delà du simple soutien entre pairs.

La formation² a été essentielle à la professionnalisation des pairs-aidants, convertissant leur expérience en compétences tout en préservant l'authenticité du vécu [16 ; 17]. Elle a ouvert des perspectives d'insertion dans le soin, le médico-social ou la médiation. Toutefois, cette dynamique se heurte à des obstacles : une dilution possible des savoirs expérientiels sous les normes institutionnelles [18 ; 19 ; 20], un cadre légal restrictif et une stigmatisation persistante. Les pairs-aidants, souvent victimes d'une stigmatisation similaire à celle des usagers qualifiés de « malades-délinquants » [21], sont confrontés à des freins d'ordre juridique et statutaire liés à leur passé, leur usage ou leur engagement, limitant leur reconnaissance et creusant l'écart avec les professionnels diplômés³.

APPORTS CONCRETS ET LIMITES DE LA PAIR-AIDANCE

Un lien unique, porteur d'espoir

Les données empiriques confirment l'efficacité des interventions de pair-aidance dans le champ des addictions : réduction significative des usages, y compris chez les personnes présentant des

1 Pionniers depuis les années 1930 (Alcooliques Anonymes) et 1984 en France (Narcotiques Anonymes), ces groupes emblématiques offrent des espaces d'entraide et de parole confidentiels, indépendants des logiques médicales [40 ; 28].

2 Formations proposées par des associations (Fédération Addiction, AP-HP, hôpitaux Bichat-Beaujon) ou intégrées à des cursus universitaires en médiation en santé ou en pair-aidance.

3 Ainsi, la professionnalisation de la pair-aidance ne saurait se réduire à une simple intégration technique dans les dispositifs existants. Elle appelle à une re-définition des rapports entre institutions et savoirs profanes, à une vigilance face aux risques d'exclusion et stigmatisation et à la construction d'un espace de reconnaissance véritablement partagé.

4 Clarifier les rôles et terminologies (pair-aidant, médiateur de santé, patient expert) apparaît donc essentiel pour garantir leur insertion et leur reconnaissance [41 ; 11].

troubles concomitants [22] et amélioration de la santé mentale (diminution des symptômes dépressifs, regain d'espoir, sentiment de dignité et valorisation de soi) [23 ; 24].

Être aidé par quelqu'un qui est « passé par là » crée un lien d'identification fort, souvent plus mobilisateur que les approches traditionnelles [25 ; 1 ; 8]. Par ailleurs, en valorisant l'expérience vécue, la pair-aidance offre aux personnes en rétablissement des opportunités d'insertion sociale et professionnelle, tout en les impliquant activement dans les transformations du soin [26 ; 3].

Au-delà de leur efficacité, les pairs remettent en question la vision strictement médicale de l'addiction. En partageant leur vécu, ils montrent que les usages ne relèvent pas uniquement d'une pathologie ou de l'irrationalité : ils peuvent aussi être des réponses adaptatives à des contextes de souffrance, d'isolement ou de précarité. Cette approche redonne du sens aux parcours et invite à un regard plus nuancé, moins stigmatisant.

Cette reconnaissance de leur impact sur la déstigmatisation et le rétablissement [22 ; HAS, 2025 ; 27] reflète un changement de paradigme : le savoir expérientiel, longtemps marginalisé, est désormais considéré comme complémentaire aux savoirs professionnels [28]. Les pairs ne sont plus de simples médiateurs, mais de véritables co-acteurs du soin. En favorisant l'empowerment et la restauration du pouvoir d'agir des personnes accompagnées, ils participent à une redéfinition du soin fondée sur la réciprocité, la confiance et la dignité : on ne « fait plus pour », on « fait avec ».

Une transformation des pratiques professionnelles

Au-delà du soutien direct, la pair-aidance transforme les dynamiques institutionnelles et contribue à un changement culturel, organisationnel et politique en addictologie. Dans certaines structures comme le Caarud Gaïa-Paris ou Oppelia, les pairs participent pleinement à la gouvernance (comités d'usagers, conseils d'administration, formation, évaluation), incarnant une forme de démocratie sanitaire [29 ; 30]. Des collectifs comme ASUD ou Psychoactif renforcent cette légitimité dans les instances représentatives.

Dans les Csapa, ils interviennent à différents niveaux : accueil, groupes de parole, soutien aux traitements, médiation, etc. Dans les Caarud, leur présence est centrale dans les actions de réduction des risques. Ils participent aux actions mobiles, à la distribution de matériel, à la sensibilisation et à la médiation avec les publics les plus éloignés des soins.

Les pairs n'ont pas vocation à remplacer les professionnels, mais à compléter leurs interventions. Leur expérience vécue et leur connaissance du terrain enrichissent les approches biomédicales [31] et renforcent l'alliance thérapeutique. La pair-aidance participe ainsi à une réhumanisation des soins, en phase avec l'essor d'approches thérapeutiques plus intégratives, sensibles au vécu et aux dimensions psychosociales [32]. Ces dynamiques conduisent à repenser la frontière entre professionnels et usagers, comme en témoigne l'usage marginal mais significatif de l'auto-dévoilement chez certains soignants, aux effets proches de la pair-aidance [33].

ENJEUX ÉTHIQUES ET DÉFIS CONTEMPORAINS DES PAIRS-AIDANTS

Une reconnaissance encore fragile et inégale

Le savoir expérientiel des pairs-aidants est de plus en plus reconnu comme une ressource précieuse, mais leur reconnaissance institutionnelle reste partielle et inégale. Si certains Csapa ou Caarud valorisent leur rôle, d'autres les cantonnent à des fonctions marginales, faute de cadre structurant ou de statut clair [34]. Pris entre les figures d'anciens usagers, d'aidants et de professionnels, les pairs peinent à asseoir leur légitimité⁴. Leur intégration, déjà fragilisée par ce flou statutaire, est aussi freinée par une stigmatisation sociale persistante liée aux usages ou au passé judiciaire [35].

Au-delà de ces obstacles, la pair-aidance bouscule les hiérarchies professionnelles en valorisant une expertise profane [29 ; 36] et contribuant à un rééquilibrage des rapports de pouvoir dans le champ du soin. En reconnaissant la légitimité des savoirs issus de l'expérience, elle participe à une redistribution plus horizontale des rôles entre professionnels et personnes concernées.

Cette dynamique suscite des tensions : certains soignants redoutent une déprofessionnalisation ou une instrumentalisation des récits de vie, tandis que d'autres peinent à reconnaître les pairs comme de véritables collègues, les maintenant dans une position ambivalente (ni pleinement collègues ni seulement patients), ce qui engendre un isolement [37 ; 38]. Ces résistances, bien que parfois individuelles, traduisent des enjeux culturels profonds autour de la légitimité à « faire soin » et du partage du pouvoir dans les institutions, renforcées par l'absence d'outils adaptés pour accompagner cette transition.

Les risques de la proximité

Malgré les tensions évoquées, la pair-aidance séduit par la qualité de la relation qu'elle permet d'instaurer avec les usagers. Fondée sur une proximité liée à la similarité des parcours, elle favorise la confiance et l'adhésion. Mais cette même proximité peut devenir source de fragilité si elle n'est pas encadrée. En l'absence de repères clairs, la relation risque de devenir fusionnelle, exposant les pairs à une surcharge émotionnelle, une confusion des rôles ou la réactivation de traumatismes [37]. L'identification excessive, les partages inappropriés ou la difficulté à poser des limites brouillent les frontières professionnelles, fragilisant l'équilibre du pair-aidant, pris entre posture soignante et identité d'ancien usager.

Ces tensions soulèvent des dilemmes récurrents : comment accompagner sans se perdre ? Comment partager sans envahir ? Comment conjuguer proximité et distance éthique ? Le positionnement hybride des pairs, entre humanité partagée et exigence professionnelle, constitue l'un des enjeux les plus sensibles de leur fonction.

Prévenir les risques d'usure, d'épuisement ou de reviviscence de blessures suppose un encadrement solide et pérenne : supervision, analyse de la pratique, co-encadrement, soutien psychologique, formation continue adaptée. Ces dispositifs permettent aux pairs de prendre du recul, de réguler leurs émotions, de clarifier leur positionnement et d'ajuster leurs pratiques. Il ne s'agit pas de neutraliser la richesse du vécu, mais de lui offrir un cadre sécurisant pour en faire un levier d'accompagnement maîtrisé. C'est ainsi que l'engagement des pairs peut s'inscrire dans une dynamique professionnelle pérenne.

Adapter la pair-aidance aux transformations contemporaines des usages

Parallèlement aux enjeux institutionnels et relationnels, le champ des addictions évolue rapidement, avec l'émergence de nouvelles substances (3-MMC, fentanyl) et la multiplication des polyconsommations festives et des usages ancrés dans les cultures numériques. Ces évolutions redéfinissent les profils des usagers, désormais souvent plus jeunes, précaires, hyperconnectés et socialement éloignés des générations précédentes [39].

Dans ce contexte, la légitimité des pairs-aidants peut être fragilisée lorsque leur expérience personnelle ne résonne plus avec les usages actuels. Un pair ayant traversé une addiction à l'héroïne ou à l'alcool peut se sentir en décalage face à un jeune consommateur de substances de synthèse, dont les pratiques, les codes et les attentes relèvent d'autres logiques. Ce décalage peut susciter un

sentiment d'illégitimité, voire une remise en question. Il appelle un ajustement qui repose moins sur la proximité des parcours que sur la capacité à reconnaître et accueillir les singularités.

Cela implique, de la part des pairs, une posture réflexive : reconnaître ses limites, accepter de ne pas être toujours la personne la plus adaptée et savoir passer le relais à un autre pair dont le vécu résonne davantage avec celui de l'usager. Ce partage lucide des compétences, fondé sur la reconnaissance mutuelle, est au cœur de la richesse de la pair-aidance contemporaine.

Encore faut-il que les organisations rendent ce relais possible. Favoriser la complémentarité entre pairs suppose une coordination souple, un cadre statutaire clair et une reconnaissance effective de la pluralité des profils. Or, sur le terrain, les dispositifs demeurent souvent structurés autour de figures individuelles, freinant la mise en œuvre de cette diversité pourtant essentielle à la qualité de l'accompagnement.

Promouvoir cette pluralité implique de diversifier les parcours, les générations, les types d'usage, les appartenances sociales, afin de mieux représenter la diversité des publics, de renforcer la légitimité des intervenants et d'améliorer la pertinence des accompagnements.

La pair-aidance professionnelle ne doit pas non plus se couper des dynamiques d'auto-support issues des communautés d'usagers. Ces dynamiques permettent de rester connectés aux transformations rapides des usages, tout en ancrant l'accompagnement dans une logique vivante, collective et réactive.

Ce besoin d'adaptation n'est pas propre à la pair-aidance. Dans des champs comme la psychothérapie, on reconnaît aussi que ce qui fonctionne pour une personne peut ne pas convenir à une autre. Admettre que la pair-aidance ne peut répondre à toutes les situations ne la dévalorise pas ; cela en souligne au contraire la nature relationnelle, évolutive et complémentaire. Elle gagne en pertinence lorsqu'elle s'articule à d'autres formes d'accompagnement, dans le respect des temporalités, des trajectoires et des besoins singuliers.

Enfin, pour faire face aux évolutions constantes du champ, les pairs doivent bénéficier d'une formation continue, actualisée et adaptée, leur permettant de renforcer leurs compétences, d'ajuster leurs pratiques et de faire face aux nouveaux enjeux⁵.

5 En somme, la pair-aidance ne peut se figer dans un modèle statique : elle doit rester souple, éthique et évolutive pour offrir un accompagnement humain, pertinent et professionnel face aux défis actuels des addictions.

CONCLUSION

La pair-aidance s'impose aujourd'hui comme une innovation majeure dans le champ des addictions. En mobilisant le vécu comme ressource, elle redonne voix et légitimité aux personnes longtemps marginalisées. Bien plus qu'un simple témoignage ou une entraide informelle, elle devient un levier d'accès aux soins, de transformation identitaire et de renouvellement des pratiques professionnelles.

Son intégration progressive dans les Csapa, Caarud, hôpitaux ou associations témoigne d'une volonté d'inclusion et de participation accrue des usagers. Mais cette dynamique reste fragile : flou statutaire, conditions précaires, résistances institutionnelles, tensions éthiques, stigmatisation persistante, notamment pour les pairs en situation de précarité, issus de minorités ou au passé pénal, freinent encore une reconnaissance pleine et entière.

Pour que la pair-aidance s'ancre durablement dans le système de soins et les politiques publiques, plusieurs conditions sont nécessaires : un statut professionnel clair (garantissant des droits, une protection) ; des formations adaptées et continues (soutenant la montée en compétences sans dénaturer la singularité des parcours) ; des dispositifs d'accompagnement éthique et émotionnel (supervision, co-encadrement, analyse de la pratique) adaptés aux réalités du terrain ; une réelle intégration

tion dans les équipes, avec reconnaissance du rôle joué par les pairs ; enfin, une pluralité des profils, à l'image de la diversité des parcours.

L'enjeu est de professionnaliser sans standardiser, de sécuriser sans lisser, de reconnaître sans neutraliser. Car la force de la pair-aidance réside précisément dans sa singularité : une parole libre, une posture relationnelle fondée sur l'expérience et la réciprocité.

Au-delà du soin, elle questionne nos hiérarchies entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels. Elle ouvre la voie à une démocratie sanitaire plus incarnée, où les usagers deviennent co-auteurs des réponses les concernant. Cela implique de relever plusieurs défis : préserver la singularité des pairs tout en les professionnalisant ; articuler les savoirs sans les hiérarchiser ; lever les freins liés au stigmatisme ou au casier judiciaire.

Ces interrogations appellent à poursuivre la recherche, renforcer les formations et co-construire des cadres d'action partagés, en lien étroit avec les réalités du terrain. La pair-aidance ne doit pas pallier les lacunes du système, mais en transformer les logiques. Sa reconnaissance passe par un engagement collectif à construire un accompagnement plus humain, plus équitable et plus respectueux des subjectivités, y compris celles trop souvent tenues à l'écart ou disqualifiées [21].

Bibliographie

- [1] Dos Santos, M., & Chappard, P. (à paraître). Les savoirs expérientiels liés aux usages de drogues, au défi des injustices épistémiques. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques (nouvelle éd., à paraître)*.
- [2] Lalande, A., & Chappard, P. (2012). Réduction des risques, savoirs profanes et professionnalisation. In A. Morel, P. Chappard, & J. Couteron, *La réduction des risques en addictologie : en 22 fiches (pp. 98-110)*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2012.01.0098>
- [3] Chinman, M. J., Rosenheck, R., Lam, J. A., & Davidson, L. (2000). Comparaison des services de gestion de cas fournis par les consommateurs et les non-consommateurs pour les sans-abri atteints d'une maladie mentale grave. *Journal des maladies nerveuses et mentales*, 188(7), 446-453.
- [4] Couteron, J.-P., & Meliava, N. (à paraître). Réduction des risques et changement thérapeutique. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques (nouvelle éd., à paraître)*. Dunod.
- [5] De la Tribonnière, X., Jacquet, J.-M., Vidal, J. et Donnadiou, H. (2016). Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. *Santé Publique*, 28(5), 591-597. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0591>.
- [6] Chappard, P., Couteron, J.-P., & Morel, A. (2019). La réduction des risques, fondement d'une nouvelle addictologie. In A. Morel & J.-P. Couteron (Eds.), *Aide-mémoire Addictologie en 47 notions* (3^e éd., p. 35). Dunod.
- [7] Inserm. (2021). Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. *Expertise collective*.
- [8] Bello, P.-Y., Ben Lakhdar, C., Carrieri, M. P., Costes, J.-M., Couzigou, P., Dubois-Arber, F., Guichard, A., Jauffret-Roustide, M., Le Naour, G., & Lucidarme, D. (2010). *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue*. Inserm.
- [9] Chappard, P., & Jauffret-Roustide, M. (à paraître). L'histoire de l'addictologie, entre médicalisation et stigmatisation. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques (nouvelle éd.)*. Dunod.

- [10] Jauffret-Roustide, P. (2005). Auto-support des usagers de drogues et prévention des risques. In M. Giroux Arcella, M. Joubert, & Ch. Mougin (Eds.), *Villes et toxicomanies* (pp. 271-282). Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.girau.2005.01.0271>
- [11] Delaquaize, H., Brun, P., Caporossi, A., & Granier, J.-M. (2021). Médiateur santé publique, médiateur santé pair, pair aidant, patient expert ? Synthèse & conclusion. *Psychotropes*, 27(1), 127-130. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0127>
- [12] Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- [13] Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- [14] Durand, B. (2019). Le rétablissement. *Raison présente*, 209(1), 19-31. <https://doi.org/10.3917/rpre.209.0019>.
- [15] Marbais, E. (à paraître). Delta Plane, une e-RdR non institutionnelle sur Discord. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [16] Gardien, È. (2019). Les savoirs expérientiels : entre objectivité des faits, subjectivité de l'expérience et pertinence validée par les pairs. *Vie sociale*, 25-26(1), 95-112. <https://doi.org/10.3917/vsoc.191.0095>
- [17] Flora, L., & Brun, P. (2020). Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair. *Pratiques en santé mentale*, 66(3), 14-19. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0014>
- [18] Dos Santos, M. (2017). S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues : la place des savoirs expérientiels. *Vie sociale*, 20, 223-238. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0223>
- [19] Girard, V., Driffin, K., Musso, S., Naudin, J., Rowe, M., Davidson, L., & Lovell, A.-M. (2006). La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une cooccurrence psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*, 71(1), 75-85.
- [20] Faulkner, A., & Basset, T. (2012). A helping hand: Taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, 16(1), 41-47.
- [21] Ben Lakhdar, C., & Couteron, J.-P. (à paraître). Stigmate et maladie, ou la maladie du stigmate. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [22] Chen, Y., Yuan, Y., & Reed, B. G. (2023). Experiences of peer work in drug use service settings: A systematic review of qualitative evidence. *The International Journal on Drug Policy*, 120, 104182.
- [23] Rowe, M., Bellamy, C., & Baranoski, M. (2007). Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: Outcomes of a group- and peer-based intervention. *Psychiatric Services*, 58(7), 955-961. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.955>
- [24] Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Soutien par les pairs chez les personnes atteintes de maladies mentales graves : un examen des preuves et de l'expérience. *World Psychiatry*, 11, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- [25] Real Molina, S. (2022). Usages de drogues et personnes queer dans les espaces urbains : quelles approches pour une recherche critique ? In M. Germes, S. Perrin, & R. Scavo (Eds.), *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*. Le Bord de L'eau.
- [26] Fisk, D., Rowe, M., Brooks, R., & Gildersleeve, D. (2000). Integrating consumer staff into a homeless outreach project: Issues and strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 244-252.
- [27] Greacen, T. et Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*, 89(5), 359-364. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1067>.
- [28] Fédération Addiction. (2020). *Participation des usagers : de l'implication à la coopération*. Repères.
- [29] Liégeois, S. et Didier, B. (2021). La pair-aidance ? Opportunisme ou conversion sincère ? *Psychotropes*. 27(1), 45-52. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0045>.
- [30] Arveiller, J.-P., & Tizon, P. (2016). Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? *Pratiques en santé mentale*, 2, 2.
- [31] Troisoefus, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? *Rhizome*, 75-76(1), 27-36.
- [32] Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- [33] Liu, Y., Kornfield, R., Shaw, B. R., Shah, D. V., McTavish, F., & Gustafson, D. H. (2017). When support is needed: Social support solicitation and provision in an online alcohol use disorder forum. *Digital Health*, 3, 1-12. <https://doi.org/10.1177/2055207617704274>
- [34] Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale : une professionnalisation incertaine. *La Nouvelle Revue du Travail*, (5). <https://journals.openedition.org/nrt/1952>
- [35] Chappard, P., & Pourchon, F. (à paraître). Stigmatisation des personnes utilisatrices de drogues : un processus social de domination. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [36] Godrie, B. (2016). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. In L. Demailly & N. Garnoussi (Eds.), *Aller mieux. Approches sociologiques* (pp. 361-371). Presses universitaires du Septentrion.
- [37] Carlson, L. S., Rapp, C. A., & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer-providers: Barriers and alternative solutions. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 199-213.
- [38] Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation / Analyses*, (58-59).
- [39] Chappard, P. (à paraître). Le rôle de l'autosupport dans l'innovation en RrR. Dans *Réduction des risques et changement thérapeutique*. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [40] Gilles, S. (2024). L'élaboration d'une réduction des risques vernaculaire dans un collectif numérique d'amateurs de drogues. *Déviante et Société*, 48(3), 397-433. <https://doi.org/10.3917/ds.483.0397>
- [41] Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-365.htm>

LA PAIR-AIDANCE, UNE RÉPONSE AUX DÉFIS ACTUELS DE L'ADDICTOLOGIE ?

Laëtitia Monfort
Chargée de mission en santé publique



L'addictologie est aujourd'hui un champ traversant différentes mutations. Les demandes d'accompagnement ne cessent d'augmenter, dans un contexte de tension accrue des moyens humains et financiers. Parallèlement, le regard social sur les addictions évolue : nous sommes passés d'une vision centrée sur la pathologie et la stigmatisation à une approche plus inclusive, axée sur le rétablissement et la réduction des risques (plan gouvernemental de juin 1999).

Au regard de cette évolution, une pratique suscite un intérêt croissant : la pair-aidance. Née dans les années 30 aux États-Unis, sous la forme du « groupe d'entraide » (on pense aux Alcooliques Anonymes), elle désigne, dans sa forme plus institutionnalisée, l'implication de personnes ayant une expérience vécue, ici, de l'addiction – les pairs-aidants ou patients partenaires – dans l'accompagnement de personnes actuellement engagées dans un parcours de soin ou une première démarche vers l'accompagnement.

La pair-aidance ne se limite toutefois pas à un simple « témoignage » mais va bien au-delà : on parle aujourd'hui de réels « savoirs expérientiels » en complément, et non en opposition, aux « savoirs scientifiques », des savoirs mobilisés par les pairs-experts au service de pairs-bénéficiaires. Cette démarche questionne également en profondeur nos manières de concevoir l'aide, la santé et la citoyenneté et offre un nouveau laboratoire de recherche sur les addictions et l'accompagnement en addictologie.

L'ADDICTOLOGIE AUJOURD'HUI : DES ENJEUX MULTIPLES

Le champ de l'addictologie fait face à un certain nombre d'enjeux : demande croissante, manque chronique de moyens humains et financiers, nouvelles postures dans la prise en charge des addictions, notamment par la réduction des risques. Les structures spécialisées sont confrontées à une demande croissante liée, entre autres, à l'élargissement du champ des addictions, qu'il s'agisse de substances psychoac-

tives ou de pratiques comme le jeu ou l'usage problématique des écrans. Or, les financements demeurant limités et le recrutement de professionnels qualifiés restant difficile, la continuité des parcours de soins, élément clé dans l'accompagnement en addictologie, se trouve régulièrement fragilisée.

Parallèlement, les représentations sociales de l'addiction connaissent une profonde mutation. Longtemps perçue sous un angle moral ou judiciaire, elle tend aujourd'hui à être reconnue comme une problématique de santé publique et sociale. Les politiques publiques en matière d'addictologie se sont ainsi orientées vers une logique de réduction des risques et des dommages. Cette orientation a été consacrée par le code de la santé publique qui définit la réduction des risques comme l'ensemble des politiques et programmes visant à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux liés à la consommation de substances. L'enjeu n'est donc plus seulement de soigner, mais bien de permettre aux personnes de s'exprimer, de valoriser leur expérience et de participer à la reconstruction d'une existence digne et choisie.

Dans ce contexte, la pair-aidance s'affirme comme un dispositif original au croisement de l'expérience vécue et de l'accompagnement médical. Il apporte des bénéfices spécifiques mais soulève également des interrogations sur les représentations liées à l'addiction et à l'évolution de la médecine en addictologie, sur la notion de rétablissement, de restauration, une sorte de laboratoire citoyen et politique, en somme.

RETOUR SUR LA NOTION DE PAIR-AIDANCE

La pair-aidance repose sur un principe simple : l'expérience vécue devient une ressource. Inspirée des mouvements d'entraide en santé mentale ou dans la lutte contre le VIH, elle s'institutionnalise peu à peu en addictologie. Un dispositif très connu est « *le groupe de parole* » mais elle va bien au-delà et ses ressources permettent des coopérations intéressantes entre

patient.e.s, professionnels de santé et patient.e.s experts dans des cadres variés. En effet, le médiateur de « l'expérience vécue » est à la fois léger et d'une souplesse suffisante pour s'adapter à un grand nombre de cadres professionnels.

Parce qu'il partage une expérience de vie comparable à celle des personnes accompagnées, le pair-aidant instaure une relation de confiance et de proximité qu'un intervenant exclusivement formé dans les circuits classiques ne peut pas toujours susciter. En valorisant le savoir d'expérience, il favorise un processus d'empowerment, permettant aux usagers de se projeter vers une trajectoire de rétablissement et de vie digne, tout en enrichissant les pratiques professionnelles d'un regard « de l'intérieur ».

Pour compléter, on aime à rapprocher la dynamique de la pair-aidance de l'approche par les capacités, approche développée par Amartya Sen [1] qui ouvre également des pistes de réflexion quant aux possibilités d'accompagnements en addictologie [2,3]. Selon cet économiste et philosophe indien, prix Nobel d'économie en 1998, il ne suffit pas de mesurer les ressources disponibles à un individu (soins, aides sociales) pour évaluer, à sa place, si son confort de vie est objectivement désirable : il faut regarder les libertés réelles dont disposent les individus pour mener la vie qu'ils ont raison de valoriser. Nicolas Journet synthétise le concept d'Amartya Sen en indiquant que la « *capabilité* » est « *la possibilité pour les individus de faire des choix parmi les biens qu'ils jugent estimables et de les atteindre effectivement* ». Appliquée à l'addictologie, cette approche souligne que l'enjeu n'est pas seulement d'arrêter une consommation, mais de retrouver la capacité d'exercer des choix : travailler, s'engager, reconstruire des relations, participer à la société [2,3].

Parce qu'elle élargit la liberté de participer à la vie collective, en reconnaissant l'expertise des personnes concernées, parce qu'elle favorise la liberté de choisir son parcours et (re-)donne une capacité d'agir et de transformer son expérience personnelle en ressource utile à d'autres, la pair-aidance s'inscrit dans cette dynamique vertueuse des « capacités » et répond aux attentes contemporaines en santé publique et en réduction des risques (RDR).

LES INITIATIVES EN BRETAGNE : UN LABORATOIRE VIVANT

L'étude de la filière addictologie en Bretagne révèle un territoire confronté à des défis structurels importants. La région est particulièrement touchée par l'impact des addictions, se classant en tête des taux d'hospitalisation en lien avec les troubles dus à l'usage de l'alcool, à égalité avec la Normandie, les Hauts-de-France et La Réunion (sources : état des lieux de la filière addictologie Agence régionale

de santé Bretagne 2017 et 2025). On y retrouve des délais de prise en charge moyens de six semaines pour une première consultation en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), 31 jours pour une hospitalisation complexe, avec des variations territoriales pouvant atteindre 90 jours.

Pour répondre à ces défis, des initiatives institutionnelles et associatives ont vu le jour ces dernières années, initiatives articulant les enjeux de l'addictologie avec la montée en puissance de la pair-aidance et qui sont portées tout aussi bien par des associations que par des institutions.

En Bretagne, ce sont près de 150 lieux d'accueil qui sont proposés par les associations de patients. Ces lieux sont recensés sur une plate-forme unique, pair-aidance-addictions-bretagne.bzh, plate-forme de ressources qui a fait l'objet d'un travail important de coordination des acteurs, de mise en relation et collecte des ressources mais également de formation, sur plus de trois ans.

UNE EXPÉRIMENTATION QUI RÉPOND À TOUS LES ENJEUX : UNE CELLULE DE PATIENT.E.S ACCOMPAGNATEUR.TRICE.S EN ADDICTOLOGIE (PAA)

À Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) et à Dinan (Côtes-d'Armor), sont menés des projets innovants intégrant des pairs-aidants dans les Csapa et les unités hospitalières. Ces initiatives visent à renforcer le lien entre usagers et équipes médicales, mais aussi à inscrire les pairs dans des dispositifs plus larges : prévention, accompagnement social, médiation avec les familles. L'objectif est de dépasser la simple aide individuelle pour inscrire la pair-aidance dans une logique de parcours et de territoire. L'une de ces initiatives est l'expérimentation d'une cellule de patient.e.s accompagnateur.trice.s en addictologie (PAA). Cette cellule est actuellement co-pensée par une équipe regroupant médecins addictologues, infirmiers, cadres de santé et surtout patient.e.s expert.e.s. Ce projet de cellule d'accompagnement s'inscrit dans une démarche d'écoute et de compréhension mutuelle (usagers-professionnels de santé), dans le non-jugement et dans le respect de la liberté d'expression. Elle se veut un espace d'échange afin de faciliter l'orientation des personnes en fonction de leur propre besoin. Elle est basée sur l'initiative personnelle du bénéficiaire et démarre par un premier entretien avec un PAA donnant lieu à un partage d'expérience vécue menant le cas échéant à l'identification d'un besoin.

À la suite de cet entretien, le Patient accompagnateur en addictologie partage son analyse avec le profes-

sionnel de santé et l'informe des suites que la personne souhaite donner à cette première rencontre. En parallèle, dans les jours suivants, le PAA reprend contact avec la personne pour prendre des nouvelles, tout en la laissant libre de poursuivre ou non.

Ce dispositif peut s'inscrire dans le cadre d'une première démarche, lors d'un moment de « prise de conscience », un « premier pas » et peut alors prendre la forme d'un échange unique. Mais la cellule peut également venir en appui d'un professionnel de santé « référent » ou d'une équipe dans le cadre d'un suivi déjà mis en place. Il ne s'agit pas ici de proposer une consultation-diagnostic ni un espace de suivi en addictologie, mais d'ouvrir un espace d'échange, complètement aux mains de la personne qui s'en saisit, permettant de faire le lien entre la prise de conscience et une éventuelle première consultation pour un futur accompagnement. Ce projet breton sert également de terrain d'expérimentation en termes de démocratie sanitaire, où les savoirs d'expérience trouvent progressivement leur place au sein des politiques publiques.

À la suite de cette expérimentation, les usagers rapportent une meilleure compréhension et une diminution du sentiment de jugement. De leur côté, les professionnels soulignent la fluidification des parcours, grâce au rôle de passerelle joué par les pairs. Certains pairs-aidants eux-mêmes trouvent dans cet engagement une nouvelle capacité professionnelle et citoyenne. La pérennisation de ce genre de « projets pilotes » reste toutefois un enjeu crucial, les démarches reposant encore sur des financements expérimentaux et sur l'énergie militante des équipes.

« LA PAIR-AIDANCE COMME LABORATOIRE POLITIQUE »

Au travers de ce projet pilote et du concept même de la « pair-aidance », on constate qu'elle dépasse largement le cadre pratique de l'accompagnement pour s'affirmer comme un outil politique en pleine construction. Elle incarne une forme de participation citoyenne appliquée au champ de la santé, où les personnes concernées ne sont plus uniquement bénéficiaires mais actrices de leur propre parcours, contribuant ainsi à façonner l'action publique. En valorisant le savoir issu de l'expérience vécue, elle déplace le centre de gravité des politiques en addictologie : il ne s'agit plus seulement de traiter une pathologie, mais de favoriser le rétablissement et l'autonomie, dans une logique de partenariat horizontal qui bouscule la verticalité traditionnelle du modèle médical.

Au-delà de ce changement de paradigme, la pair-aidance agit comme un espace d'expérimentation et un levier de plaidoyer. Ces expériences concrètes nourrissent un discours public renouvelé sur l'addiction, moins stigmatisant et davantage centré sur

les droits, la dignité et la citoyenneté. Ainsi, la pair-aidance ne se contente pas d'accompagner les évolutions institutionnelles : elle les devance, et en propose déjà les contours sur le terrain.

PLACE DE LA PAIR-AIDANCE DEMAIN ?

Mais attention : ce potentiel politique peut aussi être récupéré comme simple alibi participatif, ou comme solution « low cost » pour compenser la pénurie. Son intérêt véritable réside dans sa capacité à rester un moteur de transformation des politiques publiques, et non un palliatif budgétaire, dont les initiatives ne seraient financées que par le biais d'appels à projets à durée déterminée (expérimentation). Il faut, en parallèle à une aide à l'initiative via les appels à projets, tendre à une pérennisation des budgets alloués : le but est de pouvoir inscrire dans le long terme ces expérimentations subventionnées souvent sur un à trois ans, et ainsi permettre de rémunérer et pérenniser des postes, de professionnels de santé mais aussi de patients experts dont le statut (bénévole, salarié ?) n'est pas encore complètement défini.

La pair-aidance n'est pas une solution miracle aux défis de l'addictologie, mais elle constitue une réponse innovante et profondément humaine. Elle met en lumière un principe essentiel : les personnes concernées par l'addiction ne sont pas seulement des bénéficiaires de soins, elles sont aussi des ressources et des acteurs capables d'accompagner et de transformer les pratiques. Le projet pilote co-construit en Bretagne sur le territoire de santé Saint-Malo/Dinan illustre cette dynamique, tout en rappelant la nécessité de sécuriser les financements et la reconnaissance institutionnelle pour en faire un véritable pilier de l'accompagnement en addictologie. En définitive, penser l'addictologie avec les pairs, c'est ouvrir la voie à une société où l'expérience vécue devient une force collective au service du rétablissement et de la citoyenneté.

Bibliographie

- [1] Amartya Sen, *The possibility of social choices*, Nobel lecture, december 8, 1998.
- [2] Entwistle VA, Watt IS. *Treating patients as persons : a capabilities approach to support delivery of person-centered care*. *Am J Bioeth*. 2013. 13(8):29-39.
- [3] Anand P. *Capabilities and health*. *J Med Ethics*. 2005 May. 31(5):299-303.

Portail web "Pair-Aidance Addictions Bretagne". Ce site se positionne comme un outil structurant pour faciliter la légitimation du rôle des pairs dans les parcours de soins, en fournissant une boîte à outils, des témoignages et un annuaire des ressources.

Pour professionnaliser le métier de pair-aidant, l'université Rennes 2 ouvre en janvier 2026 un diplôme d'université (DU) "Pair-aidance & Savoirs expérientiels", qui inclut une spécialisation en addictologie. Cette formation vise à développer les compétences nécessaires au travail en équipe pluridisciplinaire et à la valorisation des savoirs issus de l'expérience vécue.



Sandra Pinel

Infirmière en pratique avancée (IPA), patiente experte addictions, association *Oppelia 44*, doctorante au laboratoire *Gériico ULR 4073*, Université de Lille

LA MÉDIATION PAR LE LIVRE : UN OUVRAGE ÉCRIT PAR UN PAIR PEUT-IL COMPLÉTER LES SOINS EN ADDICTOLOGIE ?

Parmi les accompagnements possibles en addictologie, certains peuvent prendre appui sur le vécu intime des personnes concernées, et sous des formes dans lesquelles les usagers ont trouvé leur place, notamment par la mobilisation communautaire.

COMPLÉMENTARITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS EN ADDICTOLOGIE : RECONNAISSANCE DE LA PAROLE DES USAGERS

En addictologie, plusieurs types d'accompagnement sont possibles, adaptés aux besoins et aux souhaits de la personne concernée : l'accompagnement par le médecin traitant, la prise en soin par des professionnels au sein de centres d'addictologie où l'accompagnement est global, individualisé en se centrant sur les besoins de la personne, ainsi que le soutien par des associations d'auto-support constituées d'anciens usagers.

Si le savoir expérientiel est aujourd'hui largement mobilisé dans certaines activités du domaine de la santé (Cartron, 2021) [1], il s'est historiquement manifesté dans le domaine de l'addictologie par la mobilisation communautaire. Ainsi, dans le champ de l'alcool, des associations se sont constituées depuis les années 30 avec, par exemple, des mouvements d'anciens buveurs tels que les Alcooliques Anonymes (AA), la Croix Bleue, Vie Libre ou Alcool assistance devenue Entraid'Addict. Dans le champ des drogues injectables, la création en 1993 de l'association Auto-support des usagers de drogues (Asud) s'inscrit dans l'engagement des personnes usagères de drogues dans le contexte de l'épidémie de sida (Randu, 2009) [2]. Parmi ces associations, plusieurs diffusent des informations par le biais de médias écrits, conçus par et pour les usagers : *Le Libérateur* par la Croix Bleue ou *Asud Journal* par Asud.

En addictologie, on observe donc une complémentarité des approches, avec singulièrement une reconnaissance de l'utilité des groupes d'entraide. Le savoir « expérientiel » ou « profane » des mouve-

1 *Journal d'une polyaddict libérée*. Des conseils et des outils précieux pour vous libérer de vos addictions Éditions Eyrolles (octobre 2023).

ments d'entraide n'est plus opposé au savoir « expert » des médecins (Dejour, 2021) [3]. L'offre de soins y est globale et pluridisciplinaire, dans laquelle

les mouvements d'entraide sont des partenaires à part entière.

Leur engagement est aujourd'hui soutenu institutionnellement, notamment à travers la valeur reconnue des savoirs expérientiels (HAS, 2020) [4] et par la promotion, par les pouvoirs publics, des pratiques d'accompagnement et de soutien par les pairs.

DÉVELOPPEMENT DE L'APPRENTISSAGE PAR LES PAIRS CES DIX DERNIÈRES ANNÉES

L'accompagnement par des pairs se fonde sur des interventions qui favorisent la reconnaissance entre des personnes vivant ou ayant vécu des expériences similaires (Bellot, 2007) [5].

En pratique, des médias de l'accompagnement par les pairs comme l'éducation thérapeutique du patient (ETP), les groupes de paroles des associations d'auto-soutien ont déjà fait leurs preuves.

Dans leur étude « Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques professionnelles », MM. Nache et Baba-Moussa [6] concluent : « *Bien que l'efficacité ait été variable suivant les contextes, l'ensemble des protagonistes s'accordent à dire que les objectifs poursuivis auprès des jeunes volontaires ont été atteints. Ce type de constats s'inscrit bien dans les buts visés par le projet dans la mesure où il traduit l'émergence "d'élèves leaders" susceptibles d'influencer les comportements de leurs pairs.* »

En addictologie, l'expression des savoirs expérientiels prend différentes formes : l'accompagnement dans le parcours de soin/santé par les médiateurs de santé pairs [7], l'éducation thérapeutique du patient par la collaboration avec des patients intervenants [8], le mentorat [9] ou encore les témoignages [10].

C'est ainsi que beaucoup de personnes concernées sont amenées à écrire des articles, des livres, à s'exprimer sur les réseaux sociaux et à partager leurs expériences.

CONTEXTE DE LA RECHERCHE : LA MÉDIATION PAR LE LIVRE

Afin de décrire les effets d'un livre écrit par une patiente experte sur des personnes accompagnées en addictologie¹, une étude qualitative de type compréhensif a été menée, en s'intéressant plus particulièrement aux stratégies d'apprentissage, d'autosoin et d'autonomisation développées par les patients lecteurs.

Une vigilance particulière a été maintenue tout au long de la recherche afin de limiter au maximum les biais, liés au fait que l'investigatrice principale était l'auteur du livre sur lequel porte l'étude. La recherche s'est ainsi appuyée, dès le départ, sur une approche collaborative associant la patiente-experte, une professionnelle médecin addictologue, des co-investigateurs et un praticien-chercheur associé à un laboratoire universitaire et garant de l'accompagnement de l'équipe (Drouard, 2006) [11].

Population

La constitution de la population d'étude a été réalisée à travers un échantillonnage par choix raisonné, sur le bassin nazairien (Loire-Atlantique), dans deux structures de soins différentes : un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) proposant des soins en ambulatoire et une Unité hospitalière d'addictologie (UHA) réalisant des sevrages complexes en hospitalisation. Un appel à candidature a été réalisé auprès de personnes accompagnées dans chaque lieu de soin, quel que soit son type de consommation et sa pratique de la lecture, sans exigence de fréquence ni de type d'ouvrage.

Outils

Le regard porté par les personnes sur les effets de la lecture de l'ouvrage issu d'un pair relève d'éléments individuels et reliés à travers leurs idées et leurs représentations ; les investigations ont donc été réalisées par entretiens semi-dirigés : ils visaient à recueillir, en amont et en aval de la lecture, la vision que les personnes accompagnées avaient eue de leur expérience et de leur vécu de cette lecture (Blanchet, 2010) [12]. Les entretiens se sont appuyés sur deux guides d'entretien structurés et préalablement testés auprès de deux personnes concernées ne faisant pas partie de l'échantillon. Les guides abordaient successivement, pour le premier, le parcours de soin, les habitudes de lecture ainsi que l'appréhension et les attentes de la lecture à venir. Dans une logique de complémentarité,

le second guide d'entretien abordait l'expérience de la lecture du livre, les informations tirées de l'ouvrage et les recherches complémentaires suscitées par la lecture, les rapports avec les professionnels ainsi que les partages réalisés à la suite de la lecture.

RÉSULTATS

Les participants à cette étude sont déjà dans un processus de soins, avec des objectifs différents, un parcours unique et individualisé. Comment ont-ils pu se saisir de la lecture du livre support de l'étude ? Est-il venu les conforter dans leur parcours ? A-t-il déclenché des mises en action et permis de mieux comprendre leur addiction ?

Le livre est facilitateur du soin, en renforçant les connaissances et les outils acquis au cours de l'accompagnement

Pour la plupart des personnes interviewées (7/8), le livre a eu une influence sur la compréhension et/ou l'implication dans les soins, dans le sens où, comme l'exprime l'un des participants, « *il m'a permis de confirmer ce que j'avais déjà mis en place, que c'était plutôt une bonne solution* ».

Pour la moitié des personnes hospitalisées à l'Unité hospitalière d'addictologie (UHA) (2/4), la lecture est venue renforcer les outils proposés par les professionnels, selon les témoignages : « *C'est plutôt incroyable (...) le sevrage que j'ai pu faire (...), c'est le condensé du livre complet.* » Certains outils proposés dans le livre ont été travaillés lors d'ateliers suivis au cours de l'accompagnement, qui « *confortaient la post cure et (...) ce que j'entends dans mon groupe d'entraide* ».

De plus, en donnant la possibilité de revenir sur les outils proposés au cours du soin, par une lecture à distance, le livre a contribué à une forme de maîtrise car « *l'avantage c'est qu'on peut reprendre* », « *je reprends de temps en temps une partie qui m'intéresse* ».

La majorité des participants (7/8) ont rapporté que la lecture du livre les a amenés à réfléchir sur des éléments de leur vie quotidienne impactée par l'addiction, tels que la culpabilisation, l'isolement autour du produit, les risques de rechute, mais aussi le retentissement sur les proches et la notion de temporalité, du temps nécessaire au rétablissement.

Une lecture qui fait écho à son parcours de vie et conforte son parcours de soin

Pour toutes les personnes (8/8), la partie témoignage de l'ouvrage a constitué une forme de reconnaissance, traduite par le fait qu'elle faisait « *écho*

aussi avec mon parcours ». Ce qui a conforté certains dans le souhait de poursuivre leur parcours de rétablissement, de ne pas revivre un parcours dans les consommations et leurs conséquences, « *dans la mesure où j'ai pas envie de remettre les pieds là-dedans* ». Une des participantes y fait particulièrement référence par le fait que « *c'est marqué que changer prend du temps, et c'est vrai, ça je reconnais que c'est vrai* ».

Si, en amont de la lecture, la quasi-totalité des participants (7/8) attendaient des outils venant aider « *pour tenir* », le livre leur a surtout permis d'avoir un autre point de vue que celui des soignants et un condensé des outils proposés en soin.

Ainsi la lecture du livre a pu aider à comprendre, à acquérir et à renforcer des outils proposés lors des soins. Il y a donc une cohérence entre le contenu du livre et les soins en addictologie puisque « *j'entends qu'en fait tout le monde parle un peu de la même voix* ».

Une source de partage avec les proches pour aborder son propre vécu

Quasiment toutes les personnes (7/8) ont parlé de leur lecture autour d'elles, avec des proches, les enfants, un frère, une mère. Le livre a été l'occasion d'échanges sur le chemin parcouru dans l'addiction, le récit d'une autre personne et sa formalisation présentant une occasion de montrer son propre vécu, l'un des participants déclarant par exemple : « *Si tu veux apprendre à me connaître, lis ça et tu me retrouveras dedans.* » Le fait que ce vécu soit « *écrit dans un livre* », par une autre voix que la leur, a facilité leur parole : « *Parce que je n'arrive pas à leur faire comprendre, moi.* »

De même, les personnes qui étaient hospitalisées au moment de la lecture ont échangé avec les professionnels (travailleur social, infirmière et médecin), ce qui leur a donné l'occasion de s'exprimer sur les outils qui leur étaient proposés en soin. L'un des professionnels a lu le livre en même temps que l'un des participants, donnant ainsi l'occasion d'échanges lors d'entretiens d'accompagnement, notamment sur des stratégies énoncées.

Il est à noter que pour une personne qui n'avait pas d'objectif de soins au moment de l'étude (1/8), le livre a eu d'autres effets, relevant davantage des connaissances sur les conséquences des consommations et de l'engagement dans une dynamique de bilan de santé.

	AVANT LECTURE	APRÈS LECTURE	MODIFICATIONS
Inscription de la lecture dans le parcours de soin Réseau d'intervenants (coordination) (HAS, 2012)	Sevrage complexe UHA	17 occurrences « Ça m'a conforté dans ce que je voulais, mon abstinence, ce que je veux faire, arriver jusqu'au bout »	30 occurrences « Ça me permet moi d'aller vers les soignants » « Je dirais qu'avec le livre j'y adhère encore plus »
	Suivi ambulatoire CSAPA	« Je consomme beaucoup moins qu'avant » « Je me suis mis des limites aussi »	« Ça m'a décidé de renforcer (...) la cadence des soins » « Ça a été un révélateur »
Expériences de la lecture du livre Attentes lecture du livre Culture : vision, valeurs, communauté et personnes qui définissent une structure	27 occurrences « J'ai envie de lire quelqu'un qui a pu passer par ce que j'ai vécu » « Me donner des pistes en voyant le parcours d'une autre personne »	33 occurrences « C'est important de se projeter là-dessus » « Il y a des choses qui font écho »	27 occurrences « Entendre qu'il faut savoir redemander de l'aide quand c'est nécessaire, ne pas trop attendre » « Voir qu'on peut y arriver »
Pratique de la lecture Connaissances acquises lectures sur l'addiction Lecture analytique Support livre	22 occurrences « Des connaissances supplémentaires » « Je veux comprendre » « Comprendre le mécanisme »	37 occurrences « Approfondir des connaissances que j'avais déjà. » « J'ai un sentiment de d'aide et une aide supplémentaire »	26 occurrences « C'est un livre qu'il faut qu'on garde près de soi » « On y retourne pour repiocher des choses et tout parce qu'il est, il est très riche »
Gestion de l'addiction Soins réalisés par le patient (autosoins) Analyse de sa situation personnelle	29 occurrences « S'occuper » « On apprend petit à petit, enfin, on prend l'habitude de faire ça »	26 occurrences « Par exemple les fameux tableaux de dans quelle situation je me suis senti mal, dans quelle situation j'ai eu un craving, qu'est-ce que j'aurais pu faire à la place »	25 occurrences « Et si j'essayais de vivre sans ? » « Ça a été bah, un déclic »

Tableau 1 - Tableau de synthèse des verbatims

À travers cette étude, il a été mis en évidence que la lecture d'un livre écrit par une patiente experte a eu des effets directs sur les personnes inscrites dans un parcours de soin en addictologie. En faisant écho aux actions des soignants, il rassure sur la stratégie de soins choisie et sur le temps nécessaire au rétablissement, donne accès à des informations complémentaires sur leur maladie chronique et favorise l'ouverture de possibles vers le rétablissement. Il intervient également comme un reflet de sa propre situation, rassurant dans une forme de partage identitaire qui peut limiter l'isolement et le sentiment d'incompréhension de soi et des autres. Dans cette dynamique et au-delà des effets personnels, un tel support peut être alors utilisé comme un média d'échange avec les proches pour « montrer » son parcours, autant qu'avec les professionnels, pour leur faire mieux comprendre son vécu et faciliter une approche qui ne se limiterait pas au champ clinique.

CONDITIONS QUI PERMETTENT OU FREINENT L'INTÉGRATION DE CE TYPE DE SUPPORT DANS LES PRATIQUES

Cette forme de littérature issue d'une personne concernée peut ouvrir à une forme originale de pair-aidance. Ancrée dans le vécu, elle propose une temporalité asynchrone, favorable pour certaines personnes qui progresseraient par étapes et/ou qui ressentiraient le besoin de revenir sur certains apports, d'autant plus dans un contexte chronique qui peut connaître des périodes de rechutes. Le rapport solitaire et intime de la lecture peut également renforcer un cheminement autonome, favorable chez certains à la reprise de contrôle sur leur consommation.

Plusieurs conventions signées par les ministères de la Santé et de la Culture ont posé le cadre de la lecture et de la culture à l'hôpital, en recommandant notamment la mise en place de bibliothèques dans les établissements de soins. Puis la convention « Culture et Santé » de 2010 a élargi le développement de projets culturels au secteur médico-social². Intégrer l'accès à la lecture dans un établissement médico-social ambulatoire est un vrai projet de service à établir avec et pour les usagers. Mais les questions se posent : quelle offre privilégier ? Quelles collections proposer ? Sous forme d'imprimés ? Sous forme numérique ?

L'intégration de cette étude dans deux lieux de soins a permis de donner accès à ce média livre en particulier, écrit par une personne concernée, et d'interroger l'utilisation de ce type de support.

Dans les deux lieux, des livres sont accessibles aux patients. Le journal quotidien est mis à disposition des usagers, donnant ainsi accès aux actualités. Dans l'une des structures, un atelier d'écriture est animé chaque mois par une psychologue.

Outre la formule du don d'ouvrages à la structure, il n'est pas si aisé de régir ce type de supports : quel ouvrage acheter en particulier, quel budget va être alloué, quand le prêter, quand le récupérer ? Ou choisir l'autogestion par les usagers avec des ouvrages qu'ils déposent et prennent librement,

les restituant ou pas ? Ces lectures doivent-elles être accompagnées en individuel, en collectif ou pas du tout ?

² <https://www.culture.gouv.fr/thematiques/developpement-culturel/le-developpement-culturel-en-france/culture-et-sante>

CONCLUSION

Comme toute maladie chronique, si l'addiction cause des souffrances, elle est aussi l'occasion d'acquérir de nouvelles compétences et d'une transformation de soi au travers du vécu (Flora, 2013) [13].

Si l'on tient compte du fait que la médecine n'a pas de réponse à toutes les questions en lien avec le parcours de soin, de santé et de vie avec la maladie, une approche complémentaire du soin permet de contribuer au rétablissement sur des aspects qui ne sont pas du ressort exclusif de la seule médecine, les choix et le vécu intime du patient devant y être associés quant à la gestion de l'incertitude dans sa vie (Noël-Hureaux, 2019) [14]. Ainsi, les savoirs expérientiels mis à disposition dans une ressource issue d'une patiente experte s'inscrivent comme un support du développement du pouvoir d'agir de la personne sur sa maladie et viennent optimiser des savoirs apportés par les professionnels. Dans quelle mesure ce type de média pourrait-il devenir à l'avenir un support du soin ?

Bibliographie

- [1] Cartron, E., Lefebvre, S., & Jovic, L. (2021). Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 144(1), 7686. <https://doi.org/10.3917/rsi.144.0076>
- [2] Randu, J. (2009). De l'alcool à l'alcoolique : l'évolution des mouvements d'entraide. *Après-demain*, N° 10, NF(2), 38-41. <https://doi.org/10.3917/apdem.010.0038>
- [3] Dejour, A. (2021). Une certification Patient-Expert Addictions au carrefour du savoir expérientiel du patient rétabli de ses conduites addictives et des activités des acteurs des soins. *Psychotropes*, 27(12), 7794. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0077>
- [4] HAS. (2020). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Haute autorité de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire
- [5] Bellot, C. (2007). L'intervention par les pairs : Un enjeu multiple de reconnaissance. Les transformations de l'intervention sociale. https://www.academia.edu/1856397/LINTERVENTION_PAR_LES_PAIRS_UN_ENJEU_MULTIPLE_DE_RECONNAISSANCE
- [6] Nache, C., & Baba-Moussa, A. R. (2010). Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : Transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques professionnelles. *Santé Publique*, 22(6), 675683. <https://doi.org/10.3917/spub.106.0675>

- [7] Demailly, L. (2020). Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*, 7576(12), 3746. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0037>
- [8] Verheye, J.-C. (2019). L'intervention des patients en éducation thérapeutique : Entre optimisation des apprentissages et évolution du système de soins. *Revue Education, Santé, Sociétés*, 6(1), 205-224. <https://doi.org/10.17184/eac.3153>
- [9] Pelletier, J.-F., Rowe, M., et Davidson, L. (2017). Le mentorat de rétablissement : Introduction d'un programme de formation médicale et d'une approche de e-learning pour-et-par les usagers. *Rhizome*, 6566(34), 3334. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0033>
- [10] Godrie, B. (2020). Vécu, témoignage, savoirs expérientiels et savoirs hybrides. Une analyse empirique des savoirs expérientiels des pairs-aidants. N. Franck, C. Cellard (dir.), *Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée* (p. 1929). Elsevier Masson.
- [11] Drouard H. (2006). Chercheur et praticien ou praticien-chercheur ? *Esprit critique*. Vol.08. 1-15.
- [12] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin ; 2010.
- [13] Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : État des lieux. *Education Permanente*. 195(2), 59-72.
- [14] Noël-Hureaux, E. (2019). De l'expérience singulière médiatisée de la maladie à la construction de savoirs expérientiels. *Recherche en soins infirmiers*, 138, 65-74. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0065>



Antoine Bertrand Deschênes
Doctorant en travail social à l'Université de Montréal (Québec)



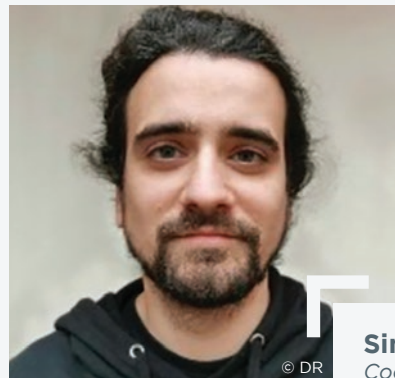
Guillaume Tremblay
Coordinateur du programme PROFAN 2.0, Montréal



Nicolas Chottin
Médiateur de santé pair, formateur-chercheur, créateur de Pair-SPECTIVES à Perpignan



Pierre Faignoy
Formateur accompagnateur et pair-aidant au SMES, Bruxelles



Simon Lemaire
Coordinateur du réseau Nomade



LA PAIR-AIDANCE, UNE PRATIQUE INNOVANTE EN PLEIN ESSOR ?

Natalie Castetz,
journaliste, Interview croisée pairs-aidants et professionnels



Complémentaires des savoirs académiques et professionnels, les savoirs expérimentiels gagnent peu à peu leurs lettres de noblesse, la pratique de la pair-aidance se professionnalise et s'institutionnalise. Reste encore à développer les formations et à améliorer sa reconnaissance. Regards croisés.

Une première en France. Parmi les 150 nouveaux mots ou locutions de l'édition 2026 du *Petit Larousse illustré* figurent « autophobe », « supercentenaire », « personne à mobilité réduite (PMR) » et... « pair-aidance ». Sélectionnés pour leur fréquence d'usage, leur « appartenance à l'usage » et leur « valeur emblématique », ces termes reflètent les évolutions de la société. « *Même si la définition¹ reste un peu restrictive, le passage dans le langage commun constitue un véritable levier, analyse Nicolas Chottin. Il participe à la reconnaissance et à l'institutionnalisation de la pair-aidance et contribue à stabiliser ses représentations sociales en tant que nouvel objet.* »

ÉVOLUTION DU CHAMP LEXICAL

Engagé dans la pair-aidance depuis plus de treize ans, après un long parcours d'usage de substances (voir *Addiction(s) recherche et pratiques* n°7), Nicolas Chottin s'y investit d'abord comme pair-aidant bénévole, puis comme médiateur de santé pair salarié au sein d'une association médico-sociale du Lot, dans le Sud-Ouest de la France. Depuis 2022, il accompagne des organismes et des pair-aidants via la structure qu'il a créée, Pair-Spectives, à travers des actions d'accompagnement, de formation et de recherche, déployées à l'échelle nationale. En parallèle, il est doctorant à l'université Toulouse - Jean Jaurès (Haute-Garonne) et consacre sa thèse en sciences de l'éducation et de la formation aux « représentations sociales et professionnelles de la pair-aidance. » auprès des acteurs concernés (usagers, pair-aidants, professionnels, structures), « *afin d'y renforcer leur inclusion et professionnalisation* ».

Le doctorant-entrepreneur conduit une recherche pluriméthode, dont un volet d'analyse lexicale sur des corpus scientifiques et médiatiques. « *L'évolution du vocabulaire est en soi un indicateur important, souligne Nicolas Chottin. En 2010, le terme "pair-aidance" était quasi absent de la littérature scientifique comme des médias. Depuis, on l'a vu s'imposer, avec des terminologies diverses autour des notions de "pair" et de "patient" : usager-pair, pair-aidant, médiateur de santé pair, intervenant-pair, patient-expert, ressource et, plus récemment, partenaire.* » Cette évolution « *s'inscrit dans la continuité, voire comme le résultat, d'une longue histoire de mouvements d'entraide, de soutien par les pairs et d'auto-support* ». Et ce, depuis Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes jusqu'aux associations d'usagers pendant l'épidémie du VIH/sida, ainsi que de mouvements issus du champ des maladies chroniques et du handicap et, plus largement, de l'histoire associative française (loi de 1901).

Par ailleurs, les cadres juridiques de la démocratie en santé ont progressivement favorisé la reconnaissance et la participation des usagers dans les pratiques. « *L'usager passif est peu à peu devenu acteur, voire auteur, de son parcours.* » Aujourd'hui, selon Nicolas Chottin, la pair-aidance connaît une forte dynamique dans ces différents champs et se diffuse plus

largement dans le monde du travail et les milieux éducatifs, « *autour de situations de vulnérabilité sociale et de santé partagées (parentalité, scolarité, précarités, stress post-traumatiques, etc.), où les personnes recherchent des réponses au sein des communautés concernées* ».

LE DÉSIR DE S'ENGAGER

Alors, une pratique en plein essor ? Nicolas Chottin est de plus en plus sollicité pour témoigner de son parcours ou de ses recherches, ainsi que pour mener des actions de formation. Depuis deux ans, plus de quarante formations de trois jours par exemple ont été dispensées à des structures médico-sociales qui souhaitent développer la pair-aidance. Et le projet "Valorisation des savoirs expérientiels" est en cours de développement, en partenariat avec la Fédération Addiction. Il s'agit bien de « *sensibiliser et d'accompagner les structures qui vont accueillir les pairs-aidants, comme de créer des espaces pour co-construire les modalités d'inclusion et de professionnalisation de ces personnes qui se destinent à transformer un vécu en ressource. Car ces structures ne sont pas seulement des employeurs, mais des accompagnatrices de l'inclusion de ces personnes ayant une vulnérabilité sociale et/ou de santé* ».

Par ailleurs, toutes les personnes ayant traversé des épreuves de vie majeures ont besoin de temps, de formation et d'un accompagnement à des rythmes et selon des modalités qui varient. Certaines peuvent déjà envisager d'accompagner des pairs ; d'autres le feront plus tard, ou préféreront d'autres formes d'engagement. Et le formateur le constate : « *Il y a dix ans, on ne voyait pas d'usagers engagés dans un parcours de soins exprimer, comme aujourd'hui, leur désir de s'engager comme pairs-aidants.* » Effets conjoints de la médiatisation, du renforcement des formations, des pratiques et de la recherche, « *il est de plus en plus admis que les savoirs n'émanent pas seulement du monde professionnel ou scientifique, mais émergent aussi du terrain et des acteurs concernés par ces vulnérabilités. L'enjeu est donc de reconnaître, à égalité de dignité, la contribution des différents savoirs et des différents acteurs* ».

LE PROJET "PEER AND TEAM SUPPORT" EN BELGIQUE

Renforcer les savoirs expérientiels des pairs et mieux préparer les équipes qui les accueillent, ce sont bien les objectifs du projet "Peer and Team Support"

1 PAIR-AIDANCE n.f. sing. (de pair et aider). Mode d'accompagnement d'un patient dans son chemin vers la guérison, qui repose sur le partage d'expérience de personnes, les pair-aidants, ayant eu le même parcours de vie (troubles somatiques ou psychiques, maladies, problèmes psychosociaux liés à une addiction, par exemple). Cette pratique, qui permet d'apporter un soutien émotionnel et des informations aux patients, peut être instituée dans un groupe de parole, une association ou un centre médical. Elle est de plus en plus recommandée dans le cadre de l'autonomisation des patients (en santé mentale, notamment) et tend même à se professionnaliser en Amérique du Nord.

(PAT) initié en 2020 à Bruxelles par l'association Santé mentale & Exclusion sociale (Smes). « *Quand nous avons commencé à travailler sur la pair-aidance, nous avons constaté que dans les pays limitrophes, plus en avance que nous, l'intégration de personnes dans les équipes ne se passait pas toujours bien*, raconte Pierre Faignoy, formateur /accompagnateur & pair-aidant au Smes. *C'était bien dans l'air du temps mais les rechutes et les décompensations du côté des pairs-aidants étaient fréquentes, comme l'incompréhension voire la stigmatisation du côté des professionnels.* » Le projet PAT a donc consisté à proposer d'accompagner les équipes souhaitant engager des pairs-aidants en tant que salariés. « *Une préparation des institutions et des équipes, en amont de l'engagement, nous a paru nécessaire pour que cela se passe bien* », note Pierre Faignoy.

Lors des premières réunions avec les structures, « *les questions posées concernaient le pair-aidant, se rappelle Pierre Faignoy : qui est-il ? Sera-t-il suffisamment solide pour résister à la pression du métier ? Ne va-t-il pas rechuter... ?* » La première pensée qui vient est que « *ce sont des anciens drogués qui essaient de trouver du travail ou de passer le temps, des anciens malades mentaux* ». Depuis, Pierre Faignoy constate une grande évolution : « *Aujourd'hui, on nous demande : comment fait-on pour les engager ?* »

À la clé du projet PAT, qui compte aujourd'hui six pairs-aidants et une coordinatrice, l'analyse des besoins, l'identification des craintes et des représentations, la définition du profil de fonction, la participation aux entretiens d'embauche et l'accompagnement de l'intégration. Résultat : depuis 2020, 57 équipes ont été accompagnées et 38 pairs-aidants recrutés sur la Wallonie et à Bruxelles. Les recrutements se sont d'abord faits dans les centres d'accueil bas-seuil dans le domaine des précarités et des addictions, puis de la santé mentale, des violences conjugales et familiales, et depuis peu dans les structures hospitalières, notamment au sein des équipes Trajets de soins internés (TSI).

Autre évolution, dans le monde académique : l'université de Mons propose depuis 2016 une formation de pair-aidance en santé mentale, précarité et addictions. Elle est gratuite et aboutit à une attestation de réussite. La plateforme bruxelloise pour la santé mentale dispense aussi des modules de formation. « *L'expérience du vécu ne suffit pas, d'autres compétences sont mobilisées comme l'écoute active, le partage de son vécu, l'animation* », précise Pierre Faignoy. « *Les représentations ont changé, les institutions s'y intéressent de plus en plus et l'Etat lance même des appels à projets pour favoriser cette pratique* », apprécie-t-il. Car, rappelle-t-il, « *la pair-aidance, grâce à ce croisement des savoirs, est une arme supplémentaire qui ajoute une corde à l'arc des équipes dans la guerre contre les addictions* ». Et Pierre Faignoy constate un autre changement visible depuis 2020 : l'augmentation des candidatures des pairs-aidants. « *Ils sont plus nombreux à se présenter en entretien d'embauche pour devenir professionnels.* » Les structures qui restent réticentes le sont

« *par manque de connaissances, de communication et d'échanges* ». À côté, les équipes qui rémunèrent les pairs-aidants sont « *des équipes de pointe, qui se remettent en question et réévaluent leurs besoins. Et ça fonctionne* ».

UN RÉFÉRENTIEL EUROPÉEN DES COMPÉTENCES

À Bruxelles, Simon Lemaire est coordinateur du réseau Nomade qui comprend une vingtaine d'associations adhérentes, au sein de l'association Dune qui travaille sur la réduction des risques médicaux, sanitaires et/ou psycho-sociaux liés aux usages de drogues en milieu précaire. Le réseau Nomade vise à promouvoir, soutenir et penser l'approche participative dans le secteur socio-sanitaire. Si Simon Lemaire constate « *un réel engouement et une plus grande popularité de la pair-aidance* », il y a encore « *beaucoup de questionnements technico-administratifs, nuance-t-il : comment engager ces personnes, quelles fiches de postes, quel statut leur donner, comment former les équipes à les accueillir... ? Les questions sur les compétences, la légitimité et la potentielle stigmatisation des pairs-aidants perdurent aussi.* »

Heureusement, des projets se développent pour y répondre, comme PAT (lire plus haut) ou les formations liées à l'association Plateforme bruxelloise pour la santé mentale et le Réseau Expert-e du vécu (REV), porté par le Forum Bruxelles contre les inégalités. Le réseau Nomade co-organise les réunions ouvertes avec le Smes (Santé mentale & Exclusion sociale - Belgique) et cette plateforme. Et, insiste Simon Lemaire, « *la collaboration entre les différents projets à ce sujet ne peut qu'être bénéfique* ». Autre évolution, le recrutement récent par le Service public fédéral (SPF) Santé publique de référents expertise du vécu, autour de différentes thématiques : « *Ils sont des facilitateurs institutionnels, garants de la qualité, de la cohérence et du déploiement de cette approche dans les politiques publiques* », note Simon Lemaire. Le coordinateur le voit bien, durant les réunions qu'il anime : « *Les interrogations sont nombreuses encore, face à la diversité des formes que prend la pair-aidance, en première ou deuxième ligne, et face à l'absence d'homogénéité que l'on voit dans les statuts et la terminologie même de la pratique.* »

Le sujet dépasse les frontières. Nomade a déposé un projet Erasmus+ en partenariat avec la Haute école du travail et de l'intervention sociale (Hétis), la Fondation de Nice et l'ONG Nidos qui travaille à Utrecht (Pays-Bas) avec les réfugiés mineurs. Le projet « RES-PEER » a été retenu par l'Europe et lancé en septembre dernier pour dix-huit mois. À la clé, un financement de 120 000 euros accordé par Erasmus+. « *Nous travaillons à répondre aux défis rencontrés par les travailleurs pairs dans le secteur social, dont les statuts, missions et niveaux de reconnaissance varient fortement selon les contextes* », explique Simon

Lemaire. À terme, un référentiel européen, soit une cartographie des compétences clés liées au travail social pair et la création d'un module e-learning pour les équipes accueillant des pairs. De quoi « *favoriser une action sociale plus inclusive, collaborative et adaptée aux réalités du terrain* ».

AU CANADA, « DE L'EXPÉRIENCE À L'EXPERTISE »

La pair-aidance « *a toujours existé, rappelle Guillaume Tremblay à Montréal (Québec). Mais elle s'est formalisée et institutionnalisée ces dernières années. La plus-value qu'elle apporte et le rôle clé de la personne sont de plus en plus reconnus* ». Coordinatrice de projets à l'Association des intervenants en dépendances du Québec (AIDQ), Guillaume Tremblay pilote le projet Résonance « de l'expérience à l'expertise » : cette initiative de l'AIDQ vise à mobiliser et regrouper les parties prenantes qui œuvrent en dépendance et en réduction des méfaits, afin de favoriser l'intégration des personnes détenant un savoir expérientiel dans les milieux communautaires et dans le réseau public de la santé et des services sociaux du Québec. Il pilote aussi le programme de formation PROFAN 2.0, avec une équipe de quatre permanents, pair-aidant-e-s accompagnateur-ice/formateur-ice et une coordinatrice.

Le programme PROFAN (Prévenir et Réduire les Overdoses - Former et Accéder à la Naloxone) mis en place par des pairs au sein de Méta d'Âme, association de pairs pour les personnes utilisant ou ayant utilisé des opioïdes vise, depuis 2015, à « *contrer le nombre croissant de décès par surdose à Montréal* ». Objectif : outiller les personnes utilisatrices de substances psychoactives et leurs proches pour agir en situation de surdose d'opioïdes. L'offre s'est peu à peu élargie pour atteindre un plus large public à l'échelle du Québec : depuis 2018, Méta d'Âme travaille avec l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) pour allier les savoirs expérientiels et cliniques à destination des milieux communautaires et des usagers et leurs proches. Résultat, à ce jour, près de 3 000 personnes ont été formées. En 2024, plus de 2 000 formations ont été dispensées. Les pairs-aidants sont impliqués du début à la fin des programmes de formation, de la conception à l'évaluation de la formation et, depuis peu, des formations de formateurs se sont mises en place.

« *Le regard a beaucoup changé mais il y a toujours des enjeux de pouvoir qui persistent dans certaines équipes* », nuance Guillaume Tremblay. Sans compter d'autres obstacles à l'implantation : l'isolement géographique et l'éloignement des organismes, la réticence, encore, à admettre la présence d'utilisateurs à risque sur le territoire et le manque de stabilité des financements. La Haute Autorité de Santé (HAS) s'est autosaisie² pour créer un groupe de travail destiné notamment à identifier les outils utilisés

par la pair-aidance et à proposer des recommandations de bonnes pratiques sur cette modalité d'intervention, dans différents secteurs : santé mentale et psychiatrie ; addictologie, pathologies chroniques et cancérologie ; inclusion et handicap ; précarité et vulnérabilités sociales. Objectifs : clarifier et préciser le rôle, les typologies, les compétences nécessaires, les responsabilités et les missions des pair-aidants tout en respectant la diversité de leurs interventions.

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/la_pair-aidance_dans_les_organisations_sanitaires_sociales_et_medico-sociales_note_de_cadrage.pdf

UN REGARD RENOUVELÉ SUR L'INTERVENTION PAR LES PAIRS MAIS DES FREINS MAJEURS

La recherche avance aussi. Doctorant en travail social à l'université de Montréal, Antoine Bertrand-Deschênes consacre sa thèse au « Regard renouvelé sur l'intervention par les pairs dans le champ de la réduction des méfaits en contexte de crise des surdoses ». Il le constate : « *L'intérêt accru au cours des dernières années pour cette pratique s'est manifesté concrètement par l'apparition de rôles de plus en plus variés et formalisés destinés à être occupés par les personnes avec savoirs expérientiels (PSE) au côté d'autres types d'intervenants.* » Ils interviennent dans différents contextes tels que les sites de consommation supervisés, les interventions dites de proximité au sein de l'espace public ou les formations à l'administration de la naloxone qui sont « *importants à considérer pour bien comprendre les enjeux de leur reconnaissance* ».

Antoine Bertrand-Deschênes constate aussi que le niveau de participation et d'inclusion des PSE dans les organisations est variable : celles-ci doivent, la plupart du temps, « *trouver des modèles de fonctionnement qui permettent un équilibre entre leurs besoins opérationnels et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé des PSE et de leurs aspirations* ». Le doctorant relève qu'au-delà de « *l'intérêt accru par les milieux politiques et de pratiques* », le chemin vers la meilleure reconnaissance des PSE est la plupart du temps « *composé d'apprentissages effectués au fur et à mesure que des situations sont vécues* ».


Et si certaines organisations proactives ont développé des outils, balises, guides, « *les tensions politiques et sociales de nature idéologique en lien, par exemple, à la réduction des méfaits (RM) ou à l'utilisation de substances psychoactives (SPA), ainsi que les modalités de financements souvent précaires et instables sont des freins majeurs à une meilleure reconnaissance et inclusion des PSE. C'est aussi un frein à une démarche collective en posant obstacle au déploiement à plus grande échelle d'innovations en lien avec la reconnaissance des PSE* ».



Amélie Eschenbrenner
Comité national contre
le tabagisme (CNCT), Paris



Julie Martin
Département promotion de la santé
et préventions, Centre universitaire
de médecine générale et santé
publique (Unisanté), Lausanne



Luc Lebon
Département promotion de la santé
et préventions, Centre universitaire
de médecine générale et santé
publique (Unisanté), Lausanne



Emmanuelle Béguinot
Comité national contre
le tabagisme (CNCT), Paris

NOUVEAUX PRODUITS DU TABAC : OPPORTUNITÉ OU MENACE POUR LA SANTÉ ?

Depuis le milieu des années 2000, les produits de l'industrie du tabac ont beaucoup évolué : cigarettes électroniques, tabac chauffé, snus et sachets de nicotine. Ces nouveaux produits du tabac brouillent les messages de santé publique. Massivement promus et addictifs, ils représentent un défi en contournant les réglementations, en recrutant de nouvelles personnes consommatrices et en décourageant l'arrêt de la consommation. Cet article fait le point sur ces produits et compare la situation en France et en Suisse.

La consommation de tabac est le plus grand risque de mortalité évitable dans le monde. Au cours des trente dernières années, grâce à la mise en œuvre coordonnée de mesures de prévention efficaces, la proportion de personnes consommant du tabac (prévalence) est en baisse au niveau mondial (Bovet et al. 2023).

Cette évolution menace les profits de l'industrie du tabac qui cherche donc à se diversifier, afin de préserver son marché. Elle a ainsi lancé de nouveaux produits visant à contourner les réglementations, maintenir les personnes consommatrices dans leur dépendance et en recruter de nouvelles. Elle se positionne dorénavant comme une « indus-

trie de la nicotine », et se présente parfois même comme un acteur de la santé publique. Pour ce faire, elle dissémine un récit centré sur la réduction des risques. Les nouveaux produits mis sur le marché sont ainsi censés représenter des alternatives à la cigarette conventionnelle. Cette nouvelle stratégie de reconquête a été définie à l'échelle internationale et s'applique dans l'ensemble des pays. Cependant les situations locales facilitent plus ou moins son déploiement. La comparaison entre deux pays permet ainsi de déterminer les points communs face à cette nouvelle situation : confusion des personnes consommatrices et organisations de santé, interférence dans les politiques publiques et contournement des lois. Mais elle montre aussi des différences, notamment en matière de réglementation, expliquant les évolutions contrastées du développement de ces produits.

Dans cette présentation, nous analysons quatre produits : cigarettes électroniques, tabac chauffé, snus et sachets de nicotine. Pour chacun, nous comparons la situation en France et en Suisse, deux pays avec des conditions-cadres très différents.

- **La France** qui a ratifié, dès 2004, le traité de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), figure parmi les pays les plus avancés en matière de politique de prévention, occupant le 3^e rang du classement européen Tobacco Control Scale 2021. Le pays dispose d'un cadre juridique strict, mis en place dès la loi Veil de 1976, puis la loi Evin de 1991, renforcé par des mesures successives telles que le développement des interdictions de fumer, les hausses de taxes et le paquet neutre. L'ensemble de ces dispositions s'inscrit dans l'optique de parvenir à une « génération sans tabac » d'ici 2032, soit une prévalence tabagique inférieure à 5 % parmi les jeunes nés en 2014. Ce cadre a permis une baisse marquée du tabagisme chez les jeunes, en particulier depuis 2017. Cependant, la prévalence du tabagisme chez les adultes reste élevée en France. Cette situation s'explique par un non-respect persistant de certaines dispositions protectrices, mais aussi par l'importance de l'interférence de l'industrie du tabac via le réseau des buralistes.

- À l'inverse, **la Suisse** se classe avant-dernière (36^e sur 37) du classement européen Tobacco Control Scale et n'a pas encore ratifié la CCLAT. Elle se distingue par un cadre réglementaire plus permissif, résultat d'un manque de volonté politique, d'un accent mis sur la responsabilité individuelle et d'un lobbying intense de l'industrie du tabac (Lebon *et al.* 2025).

Dans les deux pays, la cigarette reste le principal produit du tabac consommé. Cependant, la ciga-

rette électronique représente un produit d'entrée en consommation pour une part croissante des plus jeunes (Bächler *et al.* 2025).

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE



Une cigarette électronique (ou vapoteuse) est un dispositif composé d'une résistance chauffant un liquide, afin de produire un aérosol à inhaler. Elle ne contient pas de tabac mais du propylène glycol, de la glycérine, des arômes et généralement de la nicotine. La directive européenne et la loi suisse prévoient une concentration maximale de 20 milligrammes de nicotine par millilitre.

Sans tabac, goudrons ni monoxyde de carbone, la cigarette électronique génère beaucoup moins de composés toxiques que la fumée de cigarette. Elle est donc considérée comme moins nocive que la cigarette conventionnelle, mais n'est pas sans risques. Elle peut aider à arrêter de fumer mais présente une probabilité importante de rester dépendant au vapotage (Lindson *et al.* 2025).

Elle est commercialisée depuis le milieu des années 2000 (Lebon *et al.* 2025), sous différentes variantes : produits rechargeables, à cartouches ou jetables (« puffs »). Ces produits, notamment les modèles jetables de type « puffs » et les dispositifs à cartouche, font l'objet de stratégies marketing ciblant les jeunes : design coloré, arômes sucrés ou fruités, offres promotionnelles fréquentes et dissémination via les réseaux sociaux (Chok *et al.* 2023).

Le positionnement des fabricants à l'égard des organisations de santé et des autorités renvoie à des produits à risques réduits. Pourtant, les arguments mis en avant dans les opérations promotionnelles ne font pas référence ou très rarement à cette dimension. Selon les données issues des observatoires du Comité national contre le tabagisme (CNCT) sur la publicité en ligne, seules 4-5 % des publicités analysées en 2023-2024 (CNCT, 2024 et 2025) mettaient en avant la notion d'arrêt du tabac. À l'inverse, la grande majorité des messages promotionnels portent sur la diversité des arômes, le plaisir d'utilisation ou des rabais, renforçant ainsi leur attractivité auprès des jeunes.

- **En France**, plusieurs interdictions s'appliquent à ces produits : vente aux mineurs dès 2014, publicité (à l'exception d'une affiche informative à l'intérieur du lieu de vente et non visible de l'extérieur), restrictions dans les lieux publics et, depuis 2025, la vente de cigarettes électroniques jetables. Mais

ces produits continuent d'être largement promus, tant sur les lieux de vente que sur internet, par les fabricants comme les détaillants. Selon l'observatoire en ligne du CNCT, 776 publicités illicites pour les produits du vapotage ont été recensées en 2023 sur les plateformes X, Facebook et Instagram. En 2024, 376 publicités ont encore été relevées, une baisse attribuable en partie aux actions judiciaires du CNCT, qui a fait condamner plusieurs fabricants. Toutefois, le phénomène demeure préoccupant. De plus, ces produits sont très largement accessibles en raison d'une absence de réglementation de la vente au détail et ils sont financièrement abordables, car sans taxe spécifique jusqu'à présent. En 2023, 8 % des adultes âgés de 18 à 75 ans déclaraient vapoter, dont 6 % de manière quotidienne. Chez les jeunes de 17 ans, 6 % étaient vapoteurs quotidiens (Observatoire français des drogues et des tendances addictives, 2025).

- **En Suisse**, les cigarettes électroniques avec nicotine sont autorisées depuis 2018. Depuis 2024, elles sont interdites de vente aux mineurs et les liquides ont une imposition spécifique (Lebon *et al.* 2025). En 2025, le Parlement fédéral a voté pour interdire la vente de cigarettes électroniques jetables, mais le texte n'est pas encore en vigueur. En 2024, 4 % de la population en consommait, dont 9 % des 15-19 ans.

Initialement issues de fabricants indépendants, de nombreuses cigarettes électroniques sont désormais produites par l'industrie du tabac. Et cette dernière a réagi en lançant un nouveau produit : le tabac chauffé.

TABAC CHAUFFÉ



C'est le nouveau produit phare des fabricants de tabac, en raison de sa forte marge bénéficiaire. Il s'agit d'un dispositif électronique chauffant une petite cigarette de tabac. Ces produits sont souvent présentés par les industriels comme étant moins risqués. Cependant, la fumée du tabac chauffé expose les personnes utilisatrices aux mêmes substances toxiques que la fumée des cigarettes conventionnelles (Dusautoir R. *et al.* 2021). Ces produits exposent les utilisateurs à des risques respiratoires, cardiovasculaires et potentiellement cancérigènes. En outre, ils entretiennent une forte dépendance à la nicotine et participent à la banalisation de la consommation de tabac, en reproduisant les gestes et les rituels associés à la cigarette. Une revue systématique montre que 7 personnes utilisatrices sur 10 fument aussi des cigarettes conventionnelles (Scala *et al.* 2025).

- **En France**, le tabac chauffé est commercialisé depuis 2017 avec l'IQOS de Philip Morris, à ce jour la seule marque disponible sur ce marché. Selon la législation, ces dispositifs sont soumis aux mêmes dispositions que les cigarettes conventionnelles, notamment l'interdiction totale de publicité. La jurisprudence confirme qu'il est interdit de faire de la publicité pour ce dispositif, mais les procédures sont en cours. Selon les observations du CNCT, la moitié des bureaux de tabac affichaient encore des publicités pour le tabac chauffé en 2024.

Lors du lancement du produit, le cigarettier a mené d'importantes campagnes de communication, notamment lors d'événements publics, sur les réseaux sociaux et même dans les médias traditionnels, où des employés de Philip Morris France ont directement promu l'IQOS comme une solution destinée aux personnes fumeuses. Cependant, grâce à la loi et aux procédures engagées, le cigarettier a dû limiter sa stratégie marketing, empêchant jusqu'à présent une normalisation de ce produit. De plus, en dépit d'un lobbying acharné, les avantages fiscaux conférés au produit n'ont pu être obtenus, même si le prix d'un paquet de recharge demeure moins taxé qu'un paquet de cigarettes conventionnelles.

Ainsi les ventes de la marque IQOS demeurent à un niveau marginal en France. En 2023, 3 % des 18-75 ans déclaraient avoir déjà expérimenté ce type de produit, tandis que seuls 0,1 % indiquaient le consommer au moment de l'enquête.

- **En Suisse**, le tabac chauffé est présent depuis 2015 avec IQOS, puis Glo de British American Tobacco et Ploom de Japan Tobacco International (Berthet *et al.* 2018). Il est imposé à 16 %, contre 50 % pour les cigarettes conventionnelles, ce qui en fait un produit très profitable pour l'industrie du tabac. En 2024, 3 % de la population en consommait, avec un pic à 5 % chez les 35-44 ans.

La consommation nettement plus importante en Suisse qu'en France peut s'expliquer par la différence de réglementation. Philip Morris ne parvient pas à faire connaître son dispositif en France, en particulier hors des lieux de vente. En revanche, des campagnes marketing très actives ont diffusé le produit en Suisse (parrainage, stands, offres gratuites, etc.). La loi suisse sur les produits du tabac est entrée en vigueur seulement en 2024. Elle interdit la publicité dans l'espace public, mais l'autorise encore dans les commerces, les festivals, la presse et sur internet.

Un autre produit pour lequel le cadre légal joue historiquement un rôle-clé est le snus.

SNUS



Le snus est du tabac moulu et humidifié, conditionné en sachets, à placer dans la bouche, entre la lèvre et la gencive, pendant environ une demi-heure. Ces sachets souvent fortement dosés en nicotine, équivalents à plusieurs cigarettes, ont un potentiel addictif élevé. Étant un produit sans fumée, le snus expose à moins de substances toxiques que les cigarettes conventionnelles, mais il reste un produit du tabac cancérigène et toxique.

- **Dans l'Union européenne**, le snus est interdit depuis 1992, à l'exception de la Suède, d'où est originaire le produit. Il n'est pas commercialisé en France et la vente en ligne y est interdite, mais les données manquent à ce niveau.

- **En Suisse**, le snus était interdit depuis 1995. Mais, suite au recours d'une entreprise, le Tribunal fédéral autorisa sa vente en 2019 (Lebon *et al.* 2025). En 2024, environ 2 % de la population consommait des produits de tabac oral, dont 6 % des 15-34 ans, avec une tendance à la hausse.

L'exemple du snus montre que l'interdiction de commercialisation d'un produit, en particulier au niveau européen, est efficace. Les industriels ont alors lancé un produit pouvant contourner la directive européenne : les sachets de nicotine.

SACHETS DE NICOTINE



Comme le snus, mais sans tabac, les sachets de nicotine contiennent des fibres végétales, des arômes et souvent une forte dose de nicotine. Avec parfois jusqu'à 50 milligrammes par sachet, leur potentiel addictif est élevé. Cependant, on manque encore de données sur leur impact sanitaire.

- **En France**, les sachets de nicotine sont apparus sur le marché fin 2022, avec notamment les marques Velo de British American Tobacco et, depuis 2025, Zyn de Philip Morris. Ces produits à la nicotine ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché. Leur commercialisation est donc contraire au droit. En 2024, le CNCT et l'Institut national de la consommation ont mené une analyse en laboratoire de sachets de nicotine vendus en France. L'étude a révélé la présence de métaux lourds (plomb, arsenic, etc.), d'édulcorants puissants susceptibles d'attirer de jeunes consommateurs et des teneurs en nicotine élevées.

Le Conseil d'État et le CNCT ont appelé les pouvoirs publics à appliquer la réglementation existante

et à faire cesser la vente illégale de ces produits. En 2025, le gouvernement français a notifié à la Commission européenne son projet de décret interdisant tous les produits à usage oral à la nicotine, hors dispositifs médicaux d'arrêt du tabac.

Malgré leur interdiction actuelle, ces sachets sont largement vendus dans les bureaux de tabac et en ligne, souvent avec un marketing agressif. Leur consommation reste mal documentée, mais leur présence croissante, ainsi que leur popularité auprès des jeunes, suscitent des inquiétudes. Selon le baromètre de la publicité du CNCT, la promotion pour les sachets de nicotine est en augmentation, en particulier sur les réseaux sociaux. En 2024, la marque Velo a diffusé 140 publicités sur Instagram visant à banaliser l'usage de ces produits auprès d'un public jeune et connecté.

- **En Suisse**, les sachets de nicotine sont arrivés dans la deuxième moitié des années 2010 (Lebon *et al.* 2025). Ils n'étaient pratiquement pas réglementés, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi suisse sur les produits du tabac en 2024. Désormais, leur vente est interdite aux mineurs et un avertissement est obligatoire sur l'emballage. Mais leur publicité reste autorisée dans les commerces, les festivals, la presse et sur internet. Ces produits sont donc abondamment promus, mettant notamment en avant la possibilité de les consommer à l'intérieur. Moins de 1 % de la population consommait des sachets de nicotine en 2023, dont 3 % des 15-17 ans (Bächler *et al.* 2025).

CONCLUSION

Cette variété des produits avec et sans tabac induit la confusion. Présentés en amalgame comme des produits à moindre risque, leur multiplication entraîne une hausse de la demande. Le récit des fabricants permet de recruter de nouvelles personnes consommatrices et d'obtenir une imposition réduite, deux facteurs concourant à augmenter leurs profits financiers.

La consommation de ces nouveaux produits est en hausse chez les jeunes. Outre leur toxicité et leur caractère addictif, ils sont susceptibles de les conduire à fumer des cigarettes (Golder *et al.* 2025). Ainsi, ils menacent la prévention du tabagisme et la santé de la population. Rappelons que toutes les formes de tabac et de nicotine peuvent entraîner une dépendance importante. De nombreux professionnels de santé alertent aujourd'hui sur les risques de ces produits, ainsi que sur les difficultés accrues d'arrêt qu'ils impliquent dans la pratique clinique.

Les données disponibles indiquent que la cigarette électronique peut réduire les risques et aider certaines personnes à arrêter de fumer (Lindson *et al.* 2025). Toutefois, le risque du maintien de la dépendance subsiste. En France, les bonnes pratiques prévoient en première intention les traitements reconnus pris en charge par l'Assurance maladie et qui permettent un arrêt complet du tabac et à terme de la nicotine. Les traitements médicamenteux restent à ce jour les plus sûrs.

Il est fondamental de mobiliser l'ensemble des acteurs de terrain. Les professionnels de santé, du secteur social et de l'éducation ont un rôle légitime à jouer pour interroger les pratiques de consommation, encourager l'arrêt et orienter les per-

sonnes vers les dispositifs d'aide validés. En France, www.tabac-info-service.fr propose un accompagnement gratuit, anonyme et accessible à tous. En Suisse, un service équivalent est disponible via www.stop-tabac.ch.

Face à ces évolutions, il est essentiel de renforcer la surveillance, de documenter les stratégies de l'industrie du tabac et de veiller à l'application des lois existantes. Des mesures structurelles comme l'augmentation des taxes, la limitation du contenu en nicotine par produit, un contrôle strict de la vente au détail et l'interdiction de toute forme de marketing sont nécessaires pour freiner la banalisation de ces produits.

Bibliographie

- Bächler J., Baumann I., Studer H., Müller S., Wieber F. (2025). Erhebung Gesundheit und Lifestyle 2023: Analyse des Tabak- und Nikotinkonsums. ZHAW. [TPF_EGL2023_Bericht_Tabak_Nikotinkonsum_ZHAW_250602_v1.1.pdf](https://www.zhaw.ch/tpf-egl2023-bericht-tabak-nikotinkonsum-zhaw-250602_v1.1.pdf)
- Berthet A., Jacot Sadowski I., Zürcher K., Guenin V., Gendre A., Auer R., Vernez D., Cornuz J. (2018). Produits du tabac « chauffé » : que faut-il savoir ? *Revue médicale suisse*, 14:1935-4. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-625/produits-du-tabac-chauffe-que-faut-il-savoir> DOI : 10.53738/REVMED.2018.14.625.1935.
- Bovet P., Banatvala N., Gedeon J., Peruga A. (2023). Tobacco use: Burden, epidemiology and priority interventions. In: *Noncommunicable Diseases: A Compendium*. Routledge, London, 488p. <https://www.taylorfrancis.com/books/oa-edit/10.4324/9781003306689/noncommunicable-diseases-nick-banatvala-pascal-bovet> DOI : 10.4324/9781003306689-21.
- Chok L., Cros J., Lebon L., Zürcher K., Dubuis A., Berthouzoz C., Suris J.-C., Barrense-Dias Y. (2023). Enquête sur l'usage et les représentations des cigarettes électroniques jetables (puff) parmi les jeunes romand-es. *Raison de santé* 344, Lausanne. <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/publications/raisons-sante/raisons-sante-344> DOI : 10.16908/issn.1660-7104/344.
- CNCT (2024). Le CNCT demande l'interdiction des sachets de nicotine, vendus illégalement en France et dépose une plainte. Communiqués de presse [en ligne]. <https://cnct.fr/communiques/le-cnct-demande-linterdiction-des-sachets-de-nicotine-vendus-illegalement-en-france-et-depose-une-plainte/>
- CNCT (2025). Publicités illégales pour le tabac et la nicotine : le CNCT alerte sur une stratégie de contournements massive en ligne. Communiqués de presse [en ligne]. <https://cnct.fr/communiques/publicites-illegales-tabac-nicotine-cnct-alerte-strategie-contournements-en-ligne/>
- Dusautoir R., Zarcone G., Verrielle M., Garçon G., Fronval I., Beauval N., Allorge D., Riffault V., Locoge N., Lo-Guidice J.-M., Anthérieu S. (2021). Comparison of the chemical composition of aerosols from heated tobacco products, electronic cigarettes and tobacco cigarettes and their toxic impacts on the human bronchial epithelial BEAS-2B cells. *Journal of Hazardous Materials*, Vol. 401, 123417. DOI : 10.1016/j.jhazmat.2020.123417.
- Golder S., Hartwell G., Barnett L. M., Nash S. G., Petticrew M., Glover R. E. (2025). Vaping and harm in young people: umbrella review. *Tobacco Control*, 0:1-11. DOI : 10.1136/tc-2024-059219.
- Lebon L., Diethlem P., Cros J., Zürcher K. (2025). Prévention du tabagisme en Suisse : 60 ans de progrès graduels (1964-2024). *Revue médicale suisse*, 21:1353-96. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2025/revue-medicale-suisse-925/prevention-du-tabagisme-en-suisse-60-ans-de-progres-graduels-1964-2024> DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.925.47397.
- Lindson N., Butler A. R., McRobbie H., Bullen C., Hajek P., Difeng Wu A., Begh R., Theodoulou A., Notley C., Rigotti N. A., Turner T., Livingstone-Banks J., Morris T., Hartmann-Boyce J. (2025). Electronic cigarette for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 1, No. CD010216. DOI : 10.1002/14651858.CD010216.pub10.
- Observatoire français des drogues et des tendances addictives (2025). Cigarette électronique et e-liquides légalement accessibles - Synthèse des connaissances [en ligne]. <https://www.ofdt.fr/cigarette-electronique-et-e-liquides-legalement-accessibles-synthese-des-connaissances-1725>
- Scala M., Dallera G., Gorini G., Achille J., Havermans A., Neto C., Odone A., Smits L., Zambon A., Lugo A., Gallus S. (2025). Patterns of use of heated tobacco products: a comprehensive systematic review. *Journal of Epidemiology*, Vol 35, s4: 213-221. DOI : 10.2188/jea.JE20240189.



Timon Thoene-Gerber
*Pair-chercheur,
Université de Montréal*



André-Anne Parent
*Professeure agrégée,
Université de Montréal*



Guillaume Tremblay
*Coordonnateur, programme PROFAN,
Association des intervenant.e.s
en dépendance du Québec*



Rodney Knight
*Professeur agrégé,
Université de Montréal*



Catherine Chabot
*Professionnelle de recherche,
Université de Montréal*

DES MORTS « RAISONNABLEMENT PRÉVISIBLES » : UNE BRÈVE HISTOIRE DE LA PRÉVENTION DES SURDOSES AU QUÉBEC

1 <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee>

CONTEXTE

Le Québec est actuellement au cœur d'une crise de surdoses, caractérisée par des niveaux

soutenus et importants de morbidité et de mortalité associées à l'utilisation de substances psychoactives (SPA) (Do *et al.*, 2024 ; Institut national de santé publique du Québec, 2025). Cette crise, dont les causes sont multi-factorielles, trouve notamment ses racines en Amérique du Nord dans la prescription abusive d'opioïdes pharmaceutiques à la fin des années 1990 et au début des années 2000 (Judd *et al.*, 2023 ; Orpana *et al.*, 2018). Selon certains, il s'agirait d'une « surcorrection » du milieu médical, qui est passé d'un traitement insuffisant de la douleur, en particulier de la douleur chronique, à un traitement excessif (Mandell, 2016), largement encouragé par le lobbying et le marketing intensifs de l'industrie pharmaceutique (Hadland *et al.*, 2019).

Au Québec, la crise des surdoses prend aussi source à travers une diversité de facteurs sociétaux et environnementaux concomitants, pensons entre autres aux difficultés d'accès aux soins de santé, à l'accroissement des troubles de santé mentale ou à la crise du logement. Cette combinaison de facteurs et des interrelations en résultant, rend les causes du phénomène difficiles à cerner, quoique que nous puissions affirmer que celui-ci est intimement lié à la détérioration de divers facteurs socio-économiques, contribuant à mener une partie de la population vulnérable à la dépendance (Dasgupta *et al.*, 2018 ; McLean, 2016 ; Scheiring *et al.*, 2020).

Néanmoins, au Québec comme ailleurs en Amérique du Nord, plusieurs personnes considèrent que la crise a aussi été exacerbée par la « guerre contre la drogue ». Cette « guerre » réfère à un système prohibitionniste dans lequel les politiques ont contraint les personnes à consommer dans des conditions dangereuses et peu sûres, les a criminalisées, les a stigmatisées et marginalisées, avec des effets particulièrement négatifs sur des individus opprimés, tels que les personnes de couleur, les personnes trans ou les membres des Premières nations (Beletsky et Davis, 2017 ; Cohen *et al.*, 2022 ; Penal Reform International, 2013). Il est aussi reconnu que cela a pu décourager les personnes de rechercher une forme ou une autre de traitement pour la dépendance. En outre, il est désormais reconnu assez largement que la « guerre contre la drogue », loin de résoudre la crise, a exacerbé ses méfaits (Cohen *et al.*, 2022 ; Penal Reform International, 2013), notamment en contraignant les utilisateurs de substances psychoactives (SPA) à vivre dans des conditions dangereuses et insalubres, mais aussi en faussant les fondements économiques du marché

noir en faveur de substances synthétiques de plus en plus puissantes, ce que Cowan a appelé la « *loi d'airain de la prohibition* » (Beletsky et Davis, 2017).

En réponse à l'évolution de la crise, les différents paliers de gouvernement du Québec, y compris les gouvernements provinciaux, régionaux, locaux ou municipaux, les organismes communautaires et les associations de pairs ont organisé et déployé diverses initiatives pour en réduire les méfaits. Elles ont généralement consisté en des interventions fondées sur une approche de réduction des méfaits ou en s'attaquant à ses causes sous-jacentes, par exemple en traitant la douleur chronique d'une manière globale et holistique au lieu de recourir par défaut aux opioïdes (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022 ; Bertrand-Deschênes et Parent, 2025). Cet article présente une brève chronologie de l'histoire de la prévention des surdoses dans la province du Québec, y compris l'histoire de la crise et la réponse gouvernementale et communautaire à celle-ci.

QUELQUES ÉLÉMENTS ASSOCIÉS À L'APPARITION DE LA CRISE DES SURDOSES AU QUÉBEC

Depuis le début des années 2010, le Québec, comme une grande partie de l'Amérique du Nord, est aux prises avec une crise des surdoses qui a entraîné le décès prématuré de plusieurs dizaines de milliers de Canadiens et qui continue de faire des milliers de victimes chaque année. C'est environ deux personnes chaque jour qui meurent d'une surdose au Québec et près de quatre mille personnes seraient décédées d'une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues entre 2017 et 2024¹ (Institut national de santé publique du Québec, 2025 ; Agence de la santé publique du Canada, 2025). En fait, le Québec a longtemps semblé épargné par l'hécatombe des provinces de l'Ouest canadien, mais la pandémie a marqué un tournant : les mesures alors mises en place ont en effet perturbé l'approvisionnement en drogues illicites, ce qui s'est généralement traduit par un approvisionnement plus imprévisible, incohérent et toxique (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2020a ; Conway *et al.*, 2022 ; Galarneau *et al.*, 2021). À ce moment, l'accès déjà limité aux services, aux traitements et aux soins a été compromis en raison des restrictions liées au confinement ; des limitations ont aussi été imposées au fonctionnement des prestataires de services, y compris les prestataires de traitements par agonistes opioïdes (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2020a, 2020b ; Conway *et al.*, 2022 ; Galarneau *et al.*, 2021).

Depuis, la situation a continué à se détériorer, l'offre illicite étant de plus en plus adultérée, contaminée et puissante. Les personnes utilisant des SPA subissent une dégradation constante et progressive de leur pouvoir sur le type, la qualité et la quantité de substances qu'ils consomment, avec une augmentation correspondante des préjudices et des risques auxquels ils sont confrontés, y compris la mort (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022 ; Ciccarone, 2019 ; Konefal *et al.*, 2022). Aujourd'hui, la crise désormais caractérisée par la polyconsommation et la toxicité (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022 ; Friedman *et al.*, 2022 ; Konefal *et al.*, 2022) est qualifiée par les principaux intervenants de « crise de santé publique ».

DES SIGNES MANQUÉS PAR LES INSTANCES PUBLIQUES AU FIL DU TEMPS ?

Comme mentionnée dans l'introduction de cet article, cette crise est le résultat d'une interaction complexe de circonstances sociétales et environnementales interconnectées et interdépendantes, notamment :

- 1) Une campagne très efficace de lobbying et de marketing de l'industrie pharmaceutique pour promouvoir la prescription de leurs produits par les médecins (Eisenkraft Klein *et al.*, 2025 ; Keefe, 2022 ; Laura Hatt, 2022 ; Vadivelu *et al.*, 2018);
- 2) Divers impacts socio-économiques associés à une période de transition sociale, politique, économique et culturelle rapide depuis les années 1960, entraînant la détérioration des infrastructures, la centralisation et la corruption, un développement institutionnel compromis et enfin, une stagnation économique influençant les salaires et les niveaux de vie (Caldwell, 2012 ; Patrick Donovan & Shannon Bell, s. d.);
- 3) L'inadéquation et l'inefficacité des réglementations et des politiques ainsi que la faiblesse de leur mise en œuvre, exacerbant ou échouant à enrayer la crise (Kolodny, 2020).

Parallèlement à ces circonstances, on a observé un accroissement des inégalités reliées aux « déterminants sociaux et structurels de la santé », c'est-à-dire une détérioration des conditions sociales qui interagissent et se combinent, influençant la trajectoire de vie et ses effets sur la santé des personnes qui consomment des substances psychoactives (Cohen *et al.*, 2022 ; Dasgupta *et al.*, 2018 ; Lin *et al.*,

2024). Parmi les circonstances spécifiques qui ont été associées à la vulnérabilité et à la dépendance aux substances figurent les expériences négatives vécues pendant l'enfance (Fuller-Thomson *et al.*, 2016 ; Joshi *et al.*, 2021 ; Liu *et al.*, 2021 ; Sebalo *et al.*, 2023), les traumatismes (Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, 2025 ; Levin *et al.*, 2021), la pauvreté (Manhica *et al.*, 2021 ; Thompson *et al.*, 2013), la désaffiliation sociale (Kirst, 2007 ; Roe *et al.*, 2020 ; Wesselmann et Parris, 2021), le chômage (Azagba *et al.*, 2021 ; Compton *et al.*, 2014 ; Henkel, 2011), ainsi que le sans-abrisme et d'autres formes de précarité (Gomez *et al.*, 2010 ; Thompson *et al.*, 2013). La maladie mentale est également fortement corrélée à la consommation de substances et à la dépendance (Buckley, 2006 ; Jones et McCance-Katz, 2019 ; RachBeisel *et al.*, 1999 ; Rush *et al.*, 2008), dont l'incidence a également augmenté au cours des dernières décennies (Keen *et al.*, 2022 ; Missiuna *et al.*, 2021).

CONSTITUTION D'UNE RÉPONSE

En guise de réponse à cette crise, le gouvernement et les organismes communautaires se sont mobilisés au cours de la dernière décennie pour déployer diverses initiatives et tenter de s'attaquer aux causes de la crise ou du moins, d'en atténuer les effets néfastes (Parent et Bertrand-Deschênes, 2025). Voici quelques exemples d'interventions et d'actions portées par des organisations communautaires ou publiques, contribuant directement ou indirectement à prévenir les surdoses et que l'on peut recenser au Québec :

- Interventions auprès des personnes utilisatrices de SPA dans divers milieux pour fournir du matériel de consommation sécuritaire et stérile, y compris, par exemple, des aiguilles et des pipes à crack.
- Autorisation et ouverture de plusieurs sites de consommation supervisée (SCS) et de centres de prévention des surdoses (CPS).
- Déploiement de services de vérification des drogues.
- Démocratisation de l'accès à la naloxone, disponible gratuitement dans toutes les pharmacies et dans plusieurs organismes communautaires.
- Création d'un programme de surveillance des surdoses, via l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour le monitoring des surdoses, des hospitalisations et des décès liés aux substances.
- Publication de différentes campagnes d'éduca-

tion du public afin d'accroître la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation.

- Élargissement de l'accès au traitement et aux alternatives sous prescription, ou « offre plus sûre ».
- Offre de formations sur la prévention des surdoses à l'intention des personnes faisant usage de SPA ainsi qu'aux professionnels de la santé et des accompagnants.
- Interventions ciblées et adaptées auprès de différentes populations à haut risque de surdoses afin de les informer des risques et de proposer des pistes de mitigation.

Afin de mieux comprendre comment les collaborations entre différents acteurs mènent à la production d'innovations en matière de prévention des surdoses et de quelle façon les personnes utilisatrices de SPA les perçoivent, nous avons entamé un projet de recherche partenariale. Codirigé par une chercheuse de l'université de Montréal et le coordonnateur du projet Prévenir et Réduire les Overdoses – Former et Accéder à la Naloxone (PROFAN 2.0), tous deux auteurs de cet article, ce partenariat a pour objectif d'améliorer la capacité des acteurs à agir sur le phénomène des surdoses. Ce projet réunit les principaux regroupements et organisations impliqués dans la réduction des méfaits et la prévention des surdoses au Québec. Il implique directement les personnes concernées, notamment au titre de « *pairs-chercheurs* ».

Il cherche à brosser :

- a) Une présentation des réseaux d'action et des événements menant à leur création dans cinq régions du Québec (Abitibi, Outaouais, Capitale-Nationale, Estrie et Montréal).
- b) Le processus de production des interventions innovantes et leur déploiement.
- c) La perception des personnes utilisatrices de SPA sur les actions réalisées.

Il jettera ensuite un regard transversal sur l'ensemble des réseaux documentés afin de renforcer les capacités d'action.

Débuté en 2024, ce projet se poursuivra jusqu'en 2027. À l'automne 2025, le portrait des collaborations dans toutes les régions a été produit et des lignes du temps des événements marquants sont en voie d'être réalisées. On retrouve dans la chronologie de l'histoire de la prévention des surdoses dans la province de Québec (cf. Qrcode suivant), les événements classés par année et par catégorie : gouvernement fédéral, gouvernement provincial, milieu communautaire, usagers et proches, recherche. Elle a été élaborée selon une méthode collaborative et itérative en sollicitant les connaissances de divers intervenants, partenaires et experts, tant à l'interne

qu'à l'externe du projet de recherche. Une fois ces informations rassemblées, elles ont été structurées et organisées, puis examinées et révisées par les co-chercheurs du projet. Le résultat est un aperçu global de l'histoire provinciale de la prévention des surdoses au Québec.

Ici, la chronologie de l'histoire de la prévention des surdoses dans la province du Québec



À la lumière des différentes actions, on constate un élément incontournable qui est l'implication des premiers concernés, que ce soit pour revendiquer davantage d'informations et de services, sensibiliser leurs pairs, former la population ou encore intervenir directement auprès des personnes utilisatrices de SPA en travaillant pour des organismes qui les emploient (Parent et al., 2023).

La deuxième étape du projet sera de documenter, à l'aide d'entrevues avec les acteurs clés de chaque région, les « résultats transitoires », c'est-à-dire les événements propres à chacun des réseaux d'action et ayant mené à des effets se traduisant par des interventions et des actions à différents niveaux. Ces résultats se rapportent à trois fonctions :

- 1) Constituer et maintenir les collaborations.
- 2) Représenter et influencer.
- 3) Faire converger les acteurs et les ressources nécessaires à l'action (Bilodeau et al., 2019; 2022).

Cette étape devrait avoir lieu dans le courant de l'automne 2025 et l'hiver 2026. Par la suite, des entretiens individuels avec des personnes utilisatrices de SPA se dérouleront dans chacune des régions pour générer une compréhension commune des rôles adoptés par les personnes utilisatrices de SPA dans la production et l'adoption des innovations.

À partir d'une lecture ciblée des facteurs menant à la production et à l'adoption des interventions dans les trajectoires de vie, nous chercherons alors à modéliser les innovations, une étape essentielle pour lutter efficacement contre les surdoses.

CONCLUSION

En guise de conclusion, on constate que le phénomène des surdoses fut largement influencé par des décisions prises à différentes échelles depuis les années 1990. Certes, certaines entreprises pharmaceutiques ont pu jouer un rôle important, mais ce ne sont pas les seuls acteurs à avoir contribué à cette crise. On constate que l'accroissement des inégalités sociales et les décisions prises par les institutions publiques ont pu jouer un rôle important en fragilisant certaines personnes utilisatrices de SPA, que cela ait été de façon intentionnelle ou non. On constate que la complexité du phénomène impose des collaborations intersectorielles sur lesquelles nous avons peu d'information.

De nombreux acteurs communautaires ou publics sont aujourd'hui impliqués dans la prévention des

surdoses au Québec. Nous avons cependant encore besoin de comprendre quels sont les éléments déclencheurs de ces collaborations, quels sont les éléments incitatifs et surtout, quels en sont les effets. Notre étude permettra d'ouvrir la boîte et de mieux comprendre de quelle façon les divers acteurs s'engagent à coproduire des innovations en la matière. Malgré cela, nous ne pourrions nous opposer aux tendances allant à l'encontre des bonnes pratiques de prévention. Nous pensons notamment à l'individualisation des problèmes sociaux et au désengagement de l'État face aux populations vulnérables, aux enjeux de cohabitation associés à l'implantation de services pour les personnes utilisatrices de SPA, ainsi qu'à la tendance à faire abstraction de l'influence des déterminants sociaux et structurels dans les interventions mises en place.

Bibliographie

- Azagba, S., Shan, L., Qeadan, F., & Wolfson, M. (2021). Unemployment rate, opioids misuse and other substance abuse: Quasi-experimental evidence from treatment admissions data. *BMC Psychiatry*, 21(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02981-7>
- Bertrand-Deschênes, A. et Parent, A.-A. (2025). En marge de la prévention des surdoses. L'inégalité des vies humaines. *Drogues, santé et société*. En premeur: <https://drogues-sante-societe.ca/en-marge-de-la-prevention-des-surdoses-linegalite-des-vies-humaines/>
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C. et Potvin L. (2019). Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on Actor-Network Theory. *Sociology of Health and Illness*, 41(1), 165-179. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12813>
- Bilodeau, A., Chabot, C., Martin, N., Di Sante, M., Bertrand, L. et Potvin, L. (2022). A midrange theory of local cross-sector action based on the actor-network theory. *Social Science and Medicine Qualitative Research in Health*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100199>
- Buckley, P. F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 7, 5-9.
- Caldwell, G. (2012, avril 14). Quebec's Quiet Revolution came at a heavy cost. *Inroads*. <https://inroadsjournal.ca/short-term-success-long-term-failure-quebecs-quiet-revolution-came-at-a-heavy-cost/>
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2020a). *Impacts of the COVID-19 Pandemic on Substance Use Treatment Capacity in Canada*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-12/CCSA-COVID-19-Impacts-Pandemic-Substance-Use-Treatment-Capacity-Canada-2020-en.pdf>
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2020b, mai 21). *Changes Related to COVID-19 in the Illegal Drug Supply and Access to Services, and Resulting Health Harms*. Changes Related to COVID-19 in the Illegal Drug Supply and Access to Services, and Resulting Health Harms. <https://www.ccsa.ca/en/changes-related-covid-19-illegal-drug-supply-and-access-services-and-resulting-health-harms-ccendu>
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2022). *Polysubstance use and poisoning deaths in Canada*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-06/CCSA-Polysubstance-Use-Poisoning-Deaths-Canada-Report-at-a-Glance-2022-en.pdf>
- Ciccarone, D. (2019). The triple wave epidemic : Supply and demand drivers of the US opioid overdose crisis. *The International Journal on Drug Policy*, 71, 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.01.010>
- Cohen, A., Vakharia, S. P., Netherland, J., & Frederique, K. (2022). How the war on drugs impacts social determinants of health beyond the criminal legal system. *Annals of Medicine*, 54(1), 2024-2038. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2100926>
- Compton, W. M., Gfroerer, J., Conway, K. P., & Finger, M. S. (2014). Unemployment and substance outcomes in the United States 2002-2010. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 350-353. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.012>
- Conway, F. N., Samora, J., Brinkley, K., Jeong, H., Clinton, N., & Claborn, K. R. (2022). Impact of COVID-19 among people who use drugs : A qualitative study with harm reduction workers and people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00653-1>
- Dasgupta, N., Beletsky, L., & Ciccarone, D. (2018). Opioid Crisis : No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American Journal of Public Health*, 108(2), 182-186. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304187>
- Eisenkraft Klein, D., Grundy, Q., Hawkins, B., & Schwartz, R. (2025). Framing coalitions and the Canadian overdose crisis : The case of opioid marketing. *Social Science & Medicine*, 381, 118247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118247>
- Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance. (2025). *Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://dependanceitinérance.ca/app/uploads/2025/04/250428-ESCO-DI-Guide-ATTV.pdf>
- Friedman, J., Montero, F., Bourgeois, P., Wahbi, R., Dye, D.,

Goodman-Meza, D., & Shover, C. (2022). Xylazine spreads across the US : A growing component of the increasingly synthetic and polysubstance overdose crisis. *Drug and alcohol dependence*, 233, 109380. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109380>

• Fuller-Thomson, E., Roane, Jessica L., & Brennenstuhl, S. (2016). Three Types of Adverse Childhood Experiences, and Alcohol and Drug Dependence Among Adults : An Investigation Using Population-Based Data. *Substance Use & Misuse*, 51(11), 1451-1461. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1181089>

• Galarneau, L. R., Hilburt, J., O'Neill, Z. R., Buxton, J. A., Scheurmeyer, F. X., Dong, K., Kaczorowski, J., Orkin, A. M., Barbic, S. P., Bath, M., Moe, J., Miles, I., Tobin, D., Grier, S., Garrod, E., & Kestler, A. (2021). Experiences of people with opioid use disorder during the COVID-19 pandemic : A qualitative study. *PLOS ONE*, 16(7), e0255396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255396>

• Gomez, R., Thompson, S. J., & Barczyk, A. N. (2010). Factors associated with substance use among homeless young adults. *Substance Abuse*, 31(1), 24-34. <https://doi.org/10.1080/08897070903442566>

• Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use : A review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 4-27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>

• Jones, C. M., & McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.030>

• Joshi, D., Raina, P., Tonmyr, L., MacMillan, H. L., & Gonzalez, A. (2021). Prevalence of adverse childhood experiences among individuals aged 45 to 85 years : A cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(1), E158-E166. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200064>

• Keefe, P. R. (2022). *Empire of pain : The secret history of the Sackler dynasty* (First Anchor Books edition). Anchor Books.

• Keen, C., Kinner, S. A., Young, J. T., Jang, K., Gan, W., Samji, H., Zhao, B., Krausz, M., & Slaunwhite, A. (2022). Prevalence of co-occurring mental illness and substance use disorder and association with overdose : A linked data cohort study among residents of British Columbia, Canada. *Addiction*, 117(1), 129-140. <https://doi.org/10.1111/add.15580>

• Kirst, M. J. (2007). *The influence of social capital on drug use-related health behaviours : A study of marginalized drug users*. University of Toronto. <http://hdl.handle.net/1807/121014>

• Kolodny, A. (2020). How FDA Failures Contributed to the Opioid Crisis. *AMA Journal of Ethics*, 22(8), 743-750. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.743>

• Konefal, S., Sherk, A., Maloney-Hall, B., Young, M., Kent, P., & Biggar, E. (2022). Polysubstance use poisoning deaths in Canada : An analysis of trends from 2014 to 2017 using mortality data. *BMC Public Health*, 22(1), 269. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12678-z>

• Laura Hatt. (2022). *The Opioid Crisis in Canada* (Nos. 2021-23-E; HillStudies). Parliamentary Information, Education and Research Services of the Library of Parliament of Canada. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/HillStudies/PDF/2021-23-E.pdf>

• Levin, Y., Lev Bar-Or, R., Forer, R., Vaserman, M., Kor, A., & Lev-Ran, S. (2021). The association between type of trauma, level of exposure and addiction. *Addictive Behaviors*, 118, 106889. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106889>

• Lin, C., Cousins, S. J., Zhu, Y., Clingan, S. E., Mooney, L. J., Kan, E., Wu, F., & Hser, Y.-I. (2024). A scoping review of social determinants of health's impact on substance use

disorders over the life course. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 166, 209484. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209484>

• Liu, M., Luong, L., Lachaud, J., Edalati, H., Reeves, A., & Hwang, S. W. (2021). Adverse childhood experiences and related outcomes among adults experiencing homelessness : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(11), e836-e847. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00189-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00189-4)

• Manhica, H., Straatmann, V. S., Lundin, A., Agardh, E., & Danielsson, A. (2021). Association between poverty exposure during childhood and adolescence, and drug use disorders and drug-related crimes later in life. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(7), 1747-1756. <https://doi.org/10.1111/add.15336>

• Missiuna, S., Plante, C., Pahwa, P., Muhajarine, N., & Neudorf, C. (2021). Trends in mental health inequalities in urban Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 112(4), 629-637. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00498-4>

• Parent, A.-A., & Bertrand-Deschênes, A. (2025). Sur la route des surdoses : Un portrait canadien. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01001-z>

• Parent, A.-A., Bertrand-Deschênes, A., & Fontaine, A. (2023). Le passage de bénéficiaire à actant : Le rôle des pairs-aidants dans la prévention des décès par surdoses. *Écrire le social*, 5(1), 95-107. <https://doi.org/10.3917/esra.005.0095>

• Patrick Donovan & Shannon Bell. (s. d.). *Income Disparities Between Québec's English Speakers and Francophones Over Time* (Research Brief No. 14; Quebec English-Speaking Communities Research Network, p. 01/08/2024). Quebec English-Speaking Communities Research Network. Consulté 5 juillet 2025, à l'adresse https://www.concordia.ca/content/dam/artsci/scpa/quescren/docs/Brief_14_ENG.pdf

• RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders : A Review of Recent Research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434. <https://doi.org/10.1176/ps.50.11.1427>

• Roe, L., Proudfoot, J., Tay Wee Teck, J., Irvine, R. D. G., Frankland, S., & Baldacchino, A. M. (2020). Isolation, Solitude and Social Distancing for People Who Use Drugs : An Ethnographic Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 623032. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.623032>

• Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D., & Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 53(12), 800-809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>

• Sebalo, I., Königová, M. P., Sebalo Vňuková, M., Anders, M., & Ptáček, R. (2023). The Associations of Adverse Childhood Experiences (ACEs) With Substance Use in Young Adults : A Systematic Review. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17, 11782218231193914. <https://doi.org/10.1177/11782218231193914>

• Thompson, R. G., Wall, M. M., Greenstein, E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Substance-Use Disorders and Poverty as Prospective Predictors of First-Time Homelessness in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(Suppl 2), S282-S288. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301302>

• Vadivelu, N., Kai, A. M., Kodumudi, V., Sramcik, J., & Kaye, A. D. (2018). The Opioid Crisis : A Comprehensive Overview. *Current Pain and Headache Reports*, 22(3), 16. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0670-z>

• Wesselmann, E. D., & Parris, L. (2021). Exploring the Links Between Social Exclusion and Substance Use, Misuse, and Addiction. *Frontiers in Psychology*, 12, 674743. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674743>



Annie-Claude Savard
Professeure agrégée Sciences sociales - École de travail social et de criminologie, Université Laval



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



François Mertens
Psychologue clinicien - Coordinateur Joueurs.aide-en-ligne.be, Bruxelles



Hamadou Zarmakoye
Psychologue - Psychothérapeute auprès du Centre pour comportements excessifs et addictions comportementales (ZEV), Luxembourg



Martine Ludwig
Assistante sociale au Centre pour comportements excessifs et addictions comportementales (ZEV), Luxembourg



Thomas Gaon
Psychologue clinicien, spécialisé en addictologie, adolescence et nouveaux médias. Centre médical Marmottan, Paris

QUAND LES JEUX D'ARGENT ET DE HASARD S'ENVOLENT

Natalie Castetz, journaliste

Diversification de l'offre des jeux, rajeunissement du public, augmentation des joueurs problématiques : la libéralisation des jeux de hasard et d'argent, il y a une dizaine d'années, a dopé l'économie et les capacités d'innovation de ce secteur. Mais aussi les effets négatifs sur la santé. Quelques exemples.

En France, les chiffres sont tombés, ce 1^{er} octobre 2025 : le marché des jeux d'argent et de hasard (JAH) qui a atteint un chiffre d'affaires de 14 milliards d'euros en 2024 confirme son dynamisme, atteignant au premier semestre 2025 « un niveau d'activité absolument inédit », selon l'Autorité nationale des jeux (ANJ). Et une croissance essentiellement générée par les paris sportifs. L'engouement pour les JAH n'a cessé de croître, phénomène amplifié par le confinement lié à la pandémie du Covid, et le secteur n'affiche aucun signe de ralentissement. Certes, le jeu excessif ou pathologique est « une maladie ancienne, rappelle Thomas Gaon, psychologue clinicien, spécialiste des addictions aux jeux d'argent qui exerce au Centre médical Marmottan à Paris. Cette maladie extrêmement stable présente toujours les mêmes formes : envahissement du jeu dans la vie du sujet, perte de contrôle, dommages en termes de temps et d'argent, escalade, les dettes, les mensonges, la honte ». « Mais la libéralisation des jeux, en 2010, a vu émerger de nouveaux acteurs et de nouvelles pratiques. Les Français ne jouaient pas excessivement jusque-là, explique Thomas Gaon, et avec des acteurs vieillissants tels que casinos, loterie et PMU. Le marché restait stable avec le monopole de l'Etat, via la Française des Jeux. »

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

L'arrivée d'Internet a tout changé. D'abord en lançant la mode du poker, qui a entraîné un rajeunissement des joueurs. Puis, à partir de 2015, a explosé le pari sportif : « Inscrit dans une culture du sport qui s'est développée avec les chaînes télévisées thématiques et le sponsoring, il a ciblé les jeunes entraîné la banalisation et la normalisation des jeux », note Thomas Gaon. Résultats de cette accessibilité démultipliée du jeu : « Une extension du bassin des joueurs et leur rajeunissement. »

Le centre médical a développé un accueil spécifique pour les personnes dépendantes aux jeux d'argent. Une dizaine de praticiens de diverses disciplines ont été formés en interne et des groupes de paroles se sont constitués. « Nous suivons un peu moins de 200 personnes et constatons un bond des consultations, raconte Thomas Gaon. Ces personnes dépendantes représentaient 14 % en 2024 de notre file active contre un peu moins de 7 % en 2022. » L'équipe constate le rajeunissement des usagers consultants, l'augmentation des dettes et des dommages qui surviennent plus vite qu'avant, avec « des gens en errance en termes de soins qui n'ont pas été pris en charge durant des années, faute d'offres de soins ».

LES NOUVEAUX DÉFIS ?

Car il s'agit d'une « maladie invisible, qui ne fait pas de bruit, analyse le psychologue. Nous n'avons pas conscience en France du risque que cela comporte et qu'il y a six personnes autour du joueur qui sont impactées comme la famille, les amis. La responsabilisation du joueur, stigmatisé, est mise en avant et il n'y a pas de prise de parole dans l'espace public comme pour la drogue, contrairement aux Anglais : l'association de parents de joueurs qui se sont suicidés pour dettes liées au jeu d'argent, *Gambling with lives* prend la parole et fait avancer les choses ».

Et pour Thomas Gaon, les nouveaux défis sont bien identifiés. D'une part, « on voit les pressions venues des opérateurs pour obtenir la légalisation du casino en ligne, encore interdit en France, alors que l'on sait qu'il est extrêmement addictogène et dangereux ». Sans compter les sites en ligne illégaux, accessibles en quelques clics, qui connaissent un succès grandissant et attirent plus de 3 millions de joueurs.

Autre tendance, « ces nouveaux types de jeux vidéo qui ne sont pas considérés comme des jeux d'argent mais dont le modèle économique est très proche », tels que les jeux avec cryptomonnaie intégrant la technologie des NFT (tokens non fongibles) avec une nouvelle dimension d'interaction et de monétisation. L'expérimentation des jeux à objets numériques monétisables (Jonum), est en cours, nouveau type de jeu vidéo accessible en ligne qui permet aux joueurs de monétiser des objets virtuels grâce à des mécanismes de hasard. Des enjeux de santé publique qui ont conduit l'ANJ à créer, fin 2025, une nouvelle direction de l'action répressive. Elle regroupe les contrôles des opérateurs légaux, la lutte contre l'offre illégale et la lutte contre les manipulations sportives.

LA FRANCE EN QUELQUES REPÈRES

- La France est dans le top 10 mondial dans les jeux d'argent en termes de chiffre d'affaires (ANJ), derrière l'Italie, le Royaume-Uni et l'Allemagne. Les États-Unis sont numéro 1.
- Le produit brut des jeux (PBJ), hors casinos et clubs de jeux, progresse de 3,5 % au premier semestre 2025 par rapport à la même période de 2024 pour atteindre 5,7 milliards d'euros.
- Jeux d'argent et de hasard en ligne

en 2024 : 3,9 millions de joueurs (+ 8 % par rapport à 2023) et un PBJ de 2,6 milliards d'euros (+12 % / 2023).

Contrairement aux paris sportifs et au poker, les jeux de casino en ligne sont interdits en France depuis 2010.

Pari sportif en ligne : le PBJ a explosé au cours des dix dernières années, passant de 228 millions d'euros en 2014 à 1,8 milliard en 2024 (+ 19 % / 2023) et représente 68 % du PBJ en ligne.

- Près de 5 % des joueurs en 2023 sont des joueurs problématiques au sens de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

40 % des revenus du jeux en France est relié aux 6 % de joueurs problématiques.

- Jeunes joueurs problématiques : le pourcentage a plus que triplé entre 2014 et 2021 (étude ENJEU-mineurs, 2021, réalisée auprès de 5 000 jeunes de 15 à 17 ans).

EN BELGIQUE, DES PARIS DANS LES LIBRAIRIES

Même constat en Belgique, où l'ouverture à l'offre en ligne remonte à 2010. François Mertens est psychologue clinicien à l'association bruxelloise Le Pelican et coordonne le site « Joueurs aide en ligne » qui propose un programme d'aide en ligne sur trois mois ainsi que des groupes de parole par visioconférence, destinés aux personnes qui souhaitent réduire ou arrêter les jeux de hasard et d'argent. Il le note : « *Les moyens de jouer n'ont jamais été aussi nombreux et diversifiés ! En dix ans, l'offre des jeux a augmenté tout comme son exposition publicitaire sur les médias traditionnels, dans l'espace public, sur internet, via le sponsoring...* » En Belgique, il est aussi possible de se rendre dans une librairie pour placer des paris et jouer à des jeux d'argent comme dans les casinos, un moyen de diversifier les revenus. Et si le nombre de casinos et de salles de jeux est resté limité par des licences, les sites de jeux ont pris de plus en plus de parts de marché. À cela, s'ajoute pléthore de sites de jeux illégaux difficiles à dénombrer.

À l'association Le Pélican, les personnes accueillies pour dépendance aux jeux représentent aujourd'hui 15 à 20 % de la file active et le site « Joueurs aide en ligne », compte quelque 400 inscrits depuis trois ans. L'équipe propose aussi des formations

sur l'addiction au jeu destinées aux professionnels tels qu'assistants sociaux, éducateurs, psychologues, infirmiers ou encore médecins.

1 « Loot boxes » : « boîtes à butins » dans les jeux vidéo qui peuvent s'acheter en ligne, fonctionnant comme les pochettes-surprises.

UNE POLITIQUE DE CANALISATION

Ici aussi, « *on voit émerger de nouvelles formes de jeux de hasard : le crypto trading, les paris sur l'e-sport, les paris virtuels, les lootbox dans les jeux vidéo' (pourtant interdits en Belgique), constate François Mertens. Sans compter la banalisation du jeu véhiculée par une publicité décomplexée* ». Et en Belgique, également, « *les jeunes sont particulièrement influencés par les publicités sur internet et sur les réseaux sociaux, ce qui peut rapidement les attirer vers les jeux de hasard et d'argent comme le montre une étude récente (Rossi & Nairn, 2022)* ».

Ce débordement du jeu qui conquiert de nouvelles parts de marché a conduit le politique à restreindre drastiquement la publicité sur l'espace public et à exiger des garde-fous pour les opérateurs de jeu, un « *duty of care* », constate François Mertens. Ainsi, imposer des limites de mise hebdomadaire, la possibilité de se faire interdire, monter l'âge légal de tous les jeux à 21 ans... Mais, regrette le praticien, « *la politique belge en matière de jeux reste une politique de canalisation vers un jeu responsable où régulateur et opérateurs légaux deviennent partenaires pour la protection des joueurs. Cela signifie transférer la responsabilité des excès aux joueurs, alors qu'on leur propose des jeux hyper accessibles et structurellement addictifs* ».

Alors, comment protéger davantage les joueurs ? Les solutions sont multiples, liste François Mertens. Cela passe par relever l'âge d'accès à 21 ans, limiter l'accès aux bornes de paris dans les librairies, mieux faire connaître la possibilité de s'interdire et les mesures de protection, informer les professionnels d'un meilleur repérage, réguler les influenceurs, agir sur les jeux comme, par exemple, un nutriscore du jeu en fonction de dangerosité...

LA BELGIQUE EN QUELQUES REPÈRES

- En 2024, la Loterie a versé 145 millions d'euros à l'État belge à titre de rente de monopole et 200 millions d'euros de subsides à des organisations caritatives.
- Au 31/12/2024, on comptait 602 288

belges ayant au moins joué une fois sur la semaine sur un site de jeu d'argent.

- Plus de 60 sites légaux casino/paris sportifs.
- Au 31/12/2024, on comptait 4 272 cafés avec jeux, 408 agences de paris et 1 281 librairies avec bornes de paris.
- Environ 2 % de la population a des addictions aux jeux. Près d'1,3 million de personnes ont un compte de paris ouvert sur internet
- 19 % des jeunes âgés de 17-18 ans ont déjà parié. Durant l'Euro 2020, 42,7 % des joueurs belges en ligne ont moins de 29 ans, dont 8,7 % ont à peine 18 - 20 ans (rapport de la CJH sur l'Euro 2020).

Le jeu problématique représente 1,1 % de la population de 15 ans. Les paris sportifs sont populaires auprès des jeunes, près de 20 % des 17-18 ont déjà misé de l'argent sur un pari. Parmi les joueurs de paris sportifs, on constate qu'une personne sur cinq est à risque de jeu problématique, selon le centre de recherches Sciensano.

EN SUISSE, DES MACHINES À SOUS DANS LES BARS SPORTIFS

« La Suisse figure parmi les pays où l'offre de jeu est la plus dense au monde », selon Camille Robert. La co-secrétaire générale du Groupement romand d'études des addictions (GREAA) qui mène des actions de prévention, de formation et de recherche le souligne : « Nous avons peu de chiffres et d'enquêtes sur la santé mais la dernière en 2022 a montré que 4,3 % de la population ont un comportement de jeux excessif contre 3 % en 2017, soit une augmentation de 25 %. » Et de constater « l'augmentation et le rajeunissement des personnes qui sollicitent de l'aide » comme « les difficultés en matière de détection précoce et de protection des mineurs ».

« ON CROULE SOUS LA PUBLICITÉ »

Depuis 2019, date de la libéralisation de l'offre de jeux d'argent en ligne, seuls, les exploitants de casinos terrestres peuvent demander une licence pour l'extension de leurs concessions, pour une offre légale (roulette, blackjack, poker, punto ban-

co et machines à sous). Quatorze casinos légaux sont aujourd'hui répertoriés sur le territoire ; « accessibles 24 heures sur 24, sur smartphone, ils ont plus de succès que les casinos terrestres alors qu'ils sont plus à risques », note Camille Robert. De plus, la concurrence étant sévère, « on croule sous la publicité, les offres promotionnelles, les bonus, avec un marketing intensif ». Et plus de 2 300 sites illégaux figurent sur la liste de la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ), qui en bloque régulièrement.

En Suisse également, les paris sportifs en ligne ont explosé, avec une hausse du nombre de joueurs en 2025. Cette année, des machines à sous sont apparues dans les bars sportifs avec écran tactile, où l'on peut parier en suivant en direct les compétitions, sans contrôle de l'âge. L'évaluation de la Loi sur les jeux d'argent, dont le processus a été initié par l'Office fédéral de la justice est très attendue mais ne donnera pas de résultats avant fin 2026, ajoute Camille Robert qui s'inquiète : « L'État menace de supprimer les études pour des raisons économiques. »

LA SUISSE EN QUELQUES REPÈRES

- La Loterie suisse romande : le produit brut des jeux (PBJ) a atteint les 438 millions de francs en 2024, contre 387 millions en 2014.
- Paris sportifs : 54 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2024 contre 5 millions en 2014.
- Casinos : 900 millions de francs de chiffre d'affaires en 2023 (dont 300 millions avec les jeux en ligne) contre 700 millions de francs avant les jeux en ligne.
- Environ 308 000 personnes souffrent de problèmes liés aux jeux d'argent, selon l'enquête suisse sur la santé (ESS) publiée en 2024.

La part des joueurs problématiques a doublé, passant de 2,3 % en 2018 à 5,2 % en 2021. Les jeunes (18-29 ans) sont les plus touchés : 18,8 % d'entre eux sont concernés par un comportement de jeu à risque modéré ou de jeu problématique, selon Addiction Suisse et le GREAA.

En 2024, 18 216 nouvelles exclusions ont été enregistrées, soit une augmentation de 23 % par rapport à 2023 (14 787). En 2019, 4 755 personnes avaient été interdites

de jeu, au moment de l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les jeux d'argent (LJAR) du 1^{er} janvier 2019, selon la Commission fédérale des maisons de jeu (CMFJ).

- En 2017, 3 % de la population était concernée par le jeu excessif, ce chiffre se monte en 2004 à 4,3 %, dans laquelle la part de jeu pathologique est passée de 0,2 à 0,5%. Ce sont ainsi environ 308 000 personnes qui souffrent de problèmes liés au jeu d'argent en Suisse (source : Grea).

AU LUXEMBOURG, TROIS À QUATRE DEMANDES D'AIDE PAR JOUR

Différentes lois ont abouti en 2009, au Luxembourg, à l'ouverture des jeux en ligne qui a préservé un modèle monopolistique étatique : « *La Loterie nationale a commencé avec les cartes à gratter et a ouvert son offre aux jeux à caractère addictif*, raconte Martine Ludwig, assistante sociale au Zenter fir exzessiivt Verhalen a Verhalenssucht (ZEV) (Centre pour comportements excessifs et addictions comportementales). *Elle est omniprésente dans la vie quotidienne ! Ses automates sont aujourd'hui implantés dans les cafés, les restaurants, même dans un supermarché, un magasin de bricolage ou une station d'essence.* » Résultat, « *partout, je vois la couleur bleue de la Loterie nationale qui fait partie de l'image publique du pays* », déplore Martine Ludwig. Et la publicité s'affiche aussi partout, dans les vitrines des kiosques, dans les journaux pour les cartes à gratter, « *jusqu'à l'emballage des paquets de sucre* ».

Tous les jeux affichent la croissance : machines à sous électroniques, jeux de tirage, jeux de grattage. Car les objectifs de la Loterie nationale se sont clairement affichés dans un récent communiqué : « *Innover et enrichir constamment l'offre de jeux afin de répondre aux attentes des joueurs et d'améliorer leur expérience.* » À l'association Zev qui propose des services d'aide et d'accompagnement aux joueurs « à problèmes » et à leurs familles ainsi que des formations aux professionnels éducatif et psycho-social, Hamadou Zarmakoye, psychothérapeute depuis 2017, le constate : « *Nous recevions quelques rares demandes d'aide au départ, mais désormais, ce sont jusqu'à trois à quatre appels par jour !* » En 2022, cette structure de neuf personnes a pris en charge 33 personnes dépendantes aux

jeux, généralement des hommes, et a effectué 500 heures de thérapies. Et, analyse Hamadou Zarmakoye, les personnes issues de l'immigration, souffrant particulièrement d'isolement social, s'avèrent les plus vulnérables.

Une évaluation de la loi sur les jeux d'argent est actuellement en discussion, mais « *nous sommes dans l'incertitude* », note Martine Ludwig. Récemment invitée par le ministère de la Justice, l'équipe a rappelé notamment la nécessité de l'interdiction de la consommation d'alcool lors du jeu, car l'addiction au jeu « *commence souvent dans les bars où est consommé l'alcool* ».

LE LUXEMBOURG EN QUELQUES REPÈRES

Plus de 600 bornes de jeux légaux et 3 500 bornes de jeux illégaux

2024 : nouvelle année record pour la Loterie nationale : revenu brut des jeux « *exceptionnel* » de 90,9 millions d'euros après distribution des gains, en hausse de 18,2 % par rapport à 2023. Les activités liées aux VLT (Video Lottery Terminal) et aux paris sportifs ont généré un revenu brut des jeux de 36,6 millions d'euros, soit une croissance de 51,5 %.

Le premier site de paris sportifs a été lancé fin 2024 par la Loterie nationale, dans la continuité de l'installation de plus de 160 bornes de paris sportifs à travers le territoire luxembourgeois.

AU QUÉBEC, AUCUN ENCADREMENT

Les recherches menées au Québec le montrent : le jeu en ligne est en constante augmentation depuis une quinzaine d'années. « *La fréquentation des sites a augmenté de façon générale entre 2019 et 2023* », note le rapport de la recherche action dédiée aux impacts de la pandémie du Covid sur les habitudes de jeux, pilotée en 2024 par Sylvia Kairouz, du département de sociologie et d'anthropologie de l'université Concordia. Un fait qui « *soulève des préoccupations puisque le jeu en ligne (JEL), contrairement au jeu hors ligne, est associé à une proportion plus importante de problèmes et de méfaits liés au jeu.* » L'étude a aussi démontré que « *la pandémie a contribué à ce que ces personnes augmentent leurs habitudes (fré-*

quence, dépenses, temps) dans des proportions plus élevées que d'autres groupes durant cette période ».

RESPONSABILISATION DU JOUEUR

Depuis que la société d'État s'est lancée dans le marché du jeu en ligne, en 2012, le marché québécois se présente comme « un marché libéralisé où l'offre et la publicité ne sont aucunement encadrées, en l'absence de régulateur indépendant et fort », analyse Annie-Claude Savard, professeure à l'École de travail social et de criminologie de l'université Laval. Pour les jeux en ligne, il s'agit d'un monopole d'État, le seul autorisé à commercialiser les jeux d'argent et de hasard et qui s'autorégule en termes de pratiques. Mais il coexiste avec des opérateurs privés non autorisés, qui ne sont pas soumis aux lois et réglementations canadiennes.

En termes de prévention et de réduction des risques, les risques et les méfaits sont bien reconnus mais l'approche de jeu responsable de la société d'État qui propose des outils « remet sur les épaules du joueur le fardeau de la responsabilité », note Annie-Claude Savard. Et « il n'y a aucune entrave à la publicité, extrêmement présente dans l'espace public, que ce soit dans les transports en commun, les pharmacies, les épiceries, sur les réseaux sociaux et les sites non-autorisés et tout particulièrement dans l'univers du sport, jusqu'aux émissions dédiées ». La professeure d'université relève « l'absence de prévention, en dehors des actions des organismes qui prennent le problème à bras le corps et que l'on devrait mieux soutenir. Il faudrait une concertation internationale pour encadrer l'environnement numérique du jeu en ligne, véritable enjeu de santé publique ».

Autre évolution alarmante au Québec, celle des jeux sur mobile pour enfants qui favorisent une pratique compulsive chez les jeunes utilisateurs en les initiant à l'univers des jeux de hasard. Maude Bonenfant a tiré la sonnette d'alarme en 2022 avec une enquête décortiquant 249 jeux gratuits, dans les magasins d'applications pour appareils mobiles. La titulaire de la chaire de recherche du Canada en jeu, technologies et société a constaté, entre autres, la présence dans ces jeux des « mécaniques persuasives, associées aux récompenses, aux ressources et à la structure du jeu et les mécaniques de JHA, basées sur quatre critères - présence d'une " mise en argent " ou échange d'un item de valeur ; issue du jeu ou obtention du prix basée sur le hasard ; impossibilité de reprendre la mise placée ; recours à des représentations propres aux JHA - ». Et de conclure : « Un renforcement des lois et de leur application devrait être fait, d'autant plus que les enfants sont légalement très peu protégés dans le domaine vidéoludique. »

LE QUÉBEC EN QUELQUES REPÈRES

Le nombre de Québécois qui ont joué à des jeux en ligne a triplé entre 2018 et 2021, passant de 5,2 à 15,6 %.

10 % des 4 676 joueurs en ligne aux JAH s'avèrent être à risque élevé (enquête 2021).

La loterie demeure l'activité la plus pratiquée parmi les joueurs en ligne actuels (71 %), suivie des paris sur les machines à sous (27,1 %) et des paris sportifs (16,2 %). (Étude 2023).



Rim Akrache
Psychologue clinicienne
Doctorante-chercheuse
en psychopathologie

© DR

L'ALCOOLISME AU MAROC : LES DÉFIS D'UN ACCOMPAGNEMENT EN MUTATION

UN FLÉAU SILENCIEUX, AU CROISEMENT DES INTERDITS ET DE L'INDIFFÉRENCE

Au Maroc, l'alcoolisme reste un domaine marginalisé des politiques de santé publique. Invisibilisé par l'interdit religieux, stigmatisé socialement et ignoré institutionnellement, il continue de se développer dans l'ombre. Selon le Conseil économique, social et environnemental (CESE), le nombre de personnes souffrant de dépendance alcoolique est estimé à 350 000, soit 1,4 % de la population de plus de 15 ans, tandis que 2 % des Marocain(e)s seraient concerné(es) par un usage abusif d'alcool.

Ces chiffres sont très probablement sous-estimés, en raison du tabou qui entoure l'alcool, de la stigmatisation des addictions et de l'absence d'enquêtes épidémiologiques exhaustives.

Dans ce contexte, la prise en charge des personnes alcooliques est piégée dans un système à double face : l'alcool est produit et vendu, tout en étant condamné moralement et interdit à la vente aux marocain-es musulman-es selon un cadre juridique hérité du protectorat français. Ce paradoxe alimente ce que la géographe Marie Bonte nomme dans son article¹, *Éthiques et pratiques éthyliques en milieu urbain marocain*, une « morale de la visibilité », où boire devient acceptable à condition de rester discret, invisible, voire clandestin.

Marie Bonte décrit comment la consommation d'alcool se déroule souvent en secret dans des lieux discrets comme les boîtes de nuit ou les bars dont les façades ne laissent pas deviner la nature des activités intérieures, ou lorsqu'elle est soustraite du regard.

Ce silence collectif se répercute aussi dans les espaces de soin. La honte, la peur de la stigmatisation ou encore le manque de structures dédiées renforcent la tendance à taire les symptômes ou à les dissimuler sous d'autres plaintes. De leur côté, les professionnel·le·s de santé mentale doivent composer avec des moyens limités.

UNE STRATÉGIE SANS ANCRAGE, PORTÉE PAR DES PROFESSIONNEL·LE·S EN RÉSISTANCE

Depuis les années 2010, plusieurs plans nationaux (2012–2016, puis 2018–2022) ont tenté d'intégrer la prévention et la prise en charge des addictions dans une stratégie de santé mentale plus large. La fermeture en 2015 du mausolée de Bouya Omar, à 50 kilomètres à l'est de Marrakech, où des centaines de personnes souffrant de troubles mentaux étaient enfermées dans des conditions inhumaines, a marqué un tournant symbolique. Pour la première fois, l'État prenait position contre les pratiques archaïques et affirmait un engagement vers une psychiatrie plus digne. Ces évolutions témoignent d'un tournant politique important, mais encore trop timidement incarné dans les réalités du terrain.

Mais cette dynamique s'est heurtée à la réalité d'un système sous-financé. En matière d'addictologie, les textes sont restés largement théoriques. Aujourd'hui, seules 18 structures spécialisées existent pour tout le territoire marocain, un chiffre dérisoire face à l'ampleur des besoins.

En dépit de cette carence institutionnelle, des initiatives locales, principalement dans les grandes villes, ont vu le jour : des groupes de parole dans certains hôpitaux et cliniques, des accompagnements individuels, des suivis psychiatriques, et même des

formations autofinancées en addictologie à l'initiative de psychiatres, de psychologues ou d'associations. Ces pratiques ne relèvent pas d'une politique nationale coordonnée, mais bien d'une résistance professionnelle face à l'indifférence des pouvoirs publics.

Par ailleurs, face à l'insuffisance criante de personnel spécialisé, le ministère de la Santé a noué des partenariats public-privé pour permettre à des addictologues, psychiatres et psychologues de travailler bénévolement dans des centres publics de santé mentale et d'addictologie, notamment dans la région de Casablanca. Ces interventions, bien que précieuses, restent ponctuelles et dépendent de l'engagement individuel des soignantes et soignants, alors que la demande ne cesse de croître.

2025 : UNE RÉFORME QUI MARGINALISE ENCORE LES PSYCHOLOGUES CLINIENS

En 2025, le ministère de la Santé a annoncé un nouveau plan ambitieux pour renforcer les ressources humaines en santé mentale, avec la création de 123 postes : 34 pour les psychiatres et 89 pour les infirmiers spécialisés. Pourtant, les psychologues cliniciens, acteurs clés dans les soins de première ligne, ne sont même pas mentionnés dans ce dispositif. Une omission lourde de sens, qui témoigne d'une vision encore exclusivement médicalisée des soins psychiques.

Cette invisibilisation a suscité une vive réaction de la part des psychologues clinicien·ne·s qui se mobilisent aujourd'hui sur les réseaux sociaux, dans les médias et dans les sphères professionnelles pour exiger une reconnaissance légale de leur métier et une intégration effective dans le système de santé.

Leur plaidoyer vise à faire évoluer les représentations dominantes de la santé mentale au Maroc, en défendant une approche plurielle et éthique ainsi qu'un système de santé inclusif et respectueux de la diversité des approches thérapeutiques et des besoins des populations.

Bibliographie

- Bonte, M. (2011). Éthiques et pratiques éthyliques en milieu urbain marocain. *Confluences Méditerranée*, (78), 145-156. Éditions L'Harmattan. DOI: 10.3917/come.078.0145.

LA RÉDUCTION DES RISQUES COMME LEVIER DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AU SÉNÉGAL

Idrissa Ba



Enseignant-chercheur à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar (FMPO/UCAD), psychiatre addictologue, responsable du Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) au Centre hospitalier national universitaire de Fann (CHNU), Sénégal

« Les conséquences sanitaires de l'usage illicite de drogues restent un sujet de préoccupation mondiale, car une large majorité des usagers problématiques de drogues n'ont toujours pas accès à un traitement. » [1]

La Commission ouest-africaine signalait dans son rapport lancé en 2014 à Dakar que la région n'était pas seulement une zone de transit mais que les drogues représentaient une menace pour les États et les sociétés [2].

Les drogues constituent un lourd fardeau pour les systèmes de justice pénale, une menace pour la sécurité et la stabilité sociale dans les pays et les communautés. Elles sont étroitement liées à la criminalité organisée et constituent une menace pour le développement économique (coûts directs et indirects).

Les effets induits par cette consommation touchent la communauté dans son ensemble, et plus particulièrement, les couches les plus vulnérables et les plus marginalisées de la société.

Selon les données de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) publiées en 2013, il existerait dans le monde 27 millions d'usagers de drogues problématiques dont près de la moitié consommerait des drogues par injection et 1,65 million d'entre eux serait atteint du VIH [1]. Le développement rapide de la consommation de drogues injectables telles que la cocaïne et l'héroïne en Afrique subsaharienne en général, avec une pointe enregistrée en Afrique de l'Ouest et de l'Est, est fortement lié aux flux des trafics venant d'Amérique du Sud pour la cocaïne et d'Afghanistan, principal pays producteur mondial d'opiacés en direction des pays du Nord. Ainsi, selon les mêmes sources, bien que seulement 13 des 47 pays de l'Afrique subsaharienne aient recueilli des données sur la consommation de drogues injectables, les données disponibles suggèrent qu'il existerait 1 778 500 consommateurs de drogues utilisant l'injection en Afrique subsaharienne (534 500 à 3 022 500) ; environ 221 000 (26 000 à 572 500) d'entre eux seraient séropositifs pour le VIH.

Cela constitue un lourd fardeau pour les systèmes sanitaires publics en termes de prévention, de traitement et de soins pour les troubles liés à l'usage de drogues et leurs conséquences sanitaires.

Globalement, l'accès à la prévention et aux soins des consommateurs de drogues reste très limité et l'ONUDC [1] estime que seul un usager problématique sur six bénéficie de traitement adapté et que la mortalité reste « inacceptablement élevée » parmi cette population hautement vulnérable. Ce taux serait encore dramatiquement plus élevé en Afrique où seul un usager sur dix-huit bénéficierait de traitement adapté. Par ailleurs, le rapport met en évidence les disparités d'accès aux soins liées au genre. En effet, bien que globalement un usager sur trois soit une femme, seule une personne traitée sur cinq est une femme.

Le nombre annuel de décès liés à la drogue (estimé à 187 100 en 2013) reste relativement inchangé. Un nombre inacceptable d'usagers de drogues continue de perdre la vie prématurément, souvent suite à une surdose, bien que les décès liés aux surdoses soient évitables [1].

Le silence n'est pas acceptable car il fait plus de victimes que les drogues elles-mêmes. Il y a un danger énorme à laisser développer une nouvelle dynamique épidémique dans les pays déjà éprouvés.

Quelles sont les actions à mener pour faire face à cette « pandémie » de consommation de drogues et à ses risques ? Quels sont les enjeux et les opportunités d'une prise en charge des consommateurs des drogues injectables (CDI) ?

Pour répondre à ces questions et suivre l'évolution de la prise en charge des consommateurs de drogues au Sénégal, nous partirons du contexte national de l'usage de drogues et de ses conséquences, puis nous décrirons l'expérience du Sénégal avant de conclure sur les opportunités et les enjeux de la prise en charge des problèmes liés à la consommation de drogues.

CONTEXTE NATIONAL

Au niveau national, il faut noter que la prise en charge médicale est jusque-là assurée par les services de psychiatrie tandis que les activités de sensibilisation à l'endroit de la population générale sont menées par quelques organisations de la société civile et le Comité interministériel de lutte contre la drogue (CILD).

L'introduction de la prise en charge des CDI dans le cadre de la lutte contre le sida a été facilitée par l'enquête Usagers de drogues au Sénégal (UDSEN) réalisée en 2011 avec l'appui de la coopération française, avec l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et le Projet Fonds mondial du Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le sida (SE/CNLS). Cette étude a permis de disposer des premières données biologiques et comportementales chez ce groupe particulier.

La stratégie nationale associe :

- La promotion d'un Sénégal sans drogue (prévention primaire ayant comme objectif la réduction de la consommation de drogue parmi la population générale et chez certaines cibles très vulnérables comme les personnes privées de liberté (PPL ou détenus), les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres d'hommes (HSH), les enfants de la rue, les jeunes du milieu scolaire et extra-scolaire).
- La prévention secondaire des risques majeurs chez les CDI, leur prise en charge médico-sociale.
- La promotion d'un environnement juridique, éthique, socio-économique et politique favorable au respect des droits humains et à la mise en œuvre du paquet de services en faveur des CDI.

Elle prend en compte tous les dispositifs légaux et juridiques à l'encontre des trafiquants et s'inscrit dans le strict respect des réalités socio-culturelles du pays.

La stratégie nationale développée en réponse à la situation épidémiologique particulière chez les CDI inclut les neuf interventions clés complémentaires recommandées par l'OMS et l'ONUSIDA : il s'agit d'une combinaison d'actions visant à réduire les risques liés à la consommation de drogues et le nombre de nouvelles infections chez les CDI [5] :

1. Information, éducation, communication (IEC-CCC) ciblées chez les CDI et leurs partenaires.
2. Programme d'aiguilles et seringues (PAS).
3. Traitement de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements de la dépendance.
4. Traitement antirétroviral (TARV).
5. Distribution de préservatifs.
6. Conseil dépistage volontaire (CDV).
7. Diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).

8. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

9. Vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales.

La mise en œuvre de cette stratégie, pour être efficace, devra être facilitée par la création d'un environnement favorable qui devra reposer sur :

- Une appropriation renforcée des autorités politiques (gouvernement, ministère de l'Intérieur/CILD, ministère de la Santé, ministère de la Justice, Parlement etc.) mais aussi des organisations de la société civile (ONG agissant sur la problématique des drogues, autorités religieuses).
- La levée des obstacles juridiques pour la mise en œuvre de la stratégie de réduction des risques.
- Le renforcement des capacités des acteurs pour la mise en œuvre des différentes stratégies du programme.

UNE EXPÉRIENCE INNOVANTE

Le Sénégal, pays à épidémie VIH de type concentrée [prévalence faible en population générale et élevée dans les populations clés telles que les MSM (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, en anglais), les PS et les CDI [6]] est le premier pays d'Afrique de l'Ouest à avoir mesuré la prévalence du VIH et des hépatites B et C dans sa population de CDI [7] et validé, en juillet 2013, une stratégie nationale multisectorielle de lutte contre l'infection à VIH et autres comorbidités chez les consommateurs de drogues par voie injectable [4] ainsi que son plan opérationnel annuel. En effet, les principaux résultats de l'enquête montraient que :

- La taille de la population de CDI précaires de la région de Dakar était estimée à 1 324 personnes (IC95 % : 1281-1367).
- La population de l'étude était essentiellement masculine (n=434, 86,4%) et la moyenne d'âge était de 42,1 ans (SD 10,4).
- Dans le mois précédent l'enquête, 91,5 % avaient consommé de l'héroïne, 63 % de la cocaïne (essentiellement sous forme de crack), 64 % du cannabis, 49 % de l'alcool et 29,8 % des benzodiazépines. Seuls l'héroïne (72,5 %) et le cannabis (62,4 %) étaient majoritairement consommés quotidiennement. 33,1 % consommaient de l'alcool quotidiennement.
- Les prévalences du VIH et du VHC dans la population de CDI étaient nettement plus élevées qu'en population générale avec une prévalence du VIH de 5,2 % [IC95 % (3,8-6,3)] et une séroprévalence du VHC (Ac VHC+) de 23,3 % [IC95 % (21,2-25,2)] alors qu'elle n'est que de 1,4 % chez les donneurs de sang et de 1,6 % chez les PVVIH. La prévalence du VHB (Ag Hbs+) était de 7,9 % [IC (α =0,25)]:(0,052-0,111).

- Les prévalences VIH et VHC retrouvées dans l'échantillon d'enquête (n= 507) étaient fortement associées au mode de consommation des drogues et au genre pour le VIH : usage actuel ou passé de l'injection versus jamais d'injection : 9,4 % vs 2,5 %, femmes versus hommes : 13 % vs 3 % et seulement au mode de consommation pour le VHC : usage actuel ou passé de l'injection versus jamais d'injection 38,85 % vs 18 %.
- Les comportements à risque d'infection étaient fréquents : 27,7 % des CDI avaient injecté au moins une fois de la drogue dans leur vie (13,8 % durant le mois en cours) et un échange de sexe contre de l'argent ou de la drogue au moins une fois dans la vie était rapporté par 26,8 % d'entre eux.

La population de CDI, quel que soit le mode de consommation, constitue donc une population clé pour le contrôle des épidémies VIH et VHC au Sénégal.

Au vu de ces résultats, les autorités sénégalaises ont initié, dès octobre 2011 à Dakar, avec le soutien de l'initiative Esther (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) des activités de réduction des risques. Et ce, par le biais d'une équipe de terrain composée de travailleurs sociaux et de médiateurs pairs permettant des activités de prévention individuelles et en groupe, un programme d'échange de seringues, des références pour des soins et un suivi de la mortalité.

Ainsi, au 31 décembre 2013, 565 CDI étaient connus de l'équipe de terrain, 18 619 seringues avaient été distribuées -et 58 % récupérées-, 17 564 préservatifs distribués, 240 consultations de CDI avaient été réalisées au Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF), à Dakar, concernant 110 CDI. Ce travail de terrain a permis également de créer des relations de confiance et de proximité avec les CDI, de montrer l'absence d'accès aux soins médicaux de base, la vulnérabilité des CDI à la tuberculose et une mortalité rapportée par les CDI inquiétante (56 décès rapportés entre juin 2011 et décembre 2013, dont 50 % était des injecteurs).

Le Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) est une unité du service de psychiatrie de l'hôpital de Fann, issue d'une mobilisation technique et financière (Fonds mondial, Initiative 5%, ESTHER, ONUDC, ONUSIDA etc.).

Il a été inauguré le 1^{er} décembre 2014 [8].

L'objectif principal de ce centre est d'offrir une prise en charge ambulatoire globale aux personnes dépendantes de substances psychoactives dans le respect de leurs droits humains. Le centre a également une vocation de formation et de recherche au niveau national et régional.

Le CEPIAD s'inscrit dans une approche combinée de réduction des risques (intégrant la prise en charge médicale et psychologique) avec des activités liées à l'autonomisation des consommateurs de drogues (activités d'expression artistique, réinsertion socio-professionnelle, activités de convivialité et groupe d'auto-support, etc.) permettant une prise en charge globale, centrée sur les usagers.

Ainsi, les différentes activités du CEPIAD comprennent le traitement de substitution aux opiacés par la méthadone (TSO), la prise en charge addictologique, somatique et psychiatrique des dépendances, le conseil et dépistage du VIH et des hépatites virales B et C, le traitement antirétroviral, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose. Par ailleurs, un programme d'échange de seringues (PES) et la distribution de préservatifs ainsi qu'une communication pour un changement de comportement font partie du dispositif de réduction des risques infectieux en stratégie fixe et avancée (équipe d'outreach).

Depuis le début de ses activités en février 2015 et jusqu'en décembre 2015, le CEPIAD a permis la réalisation de 3 431 consultations concernant 405 patients dont la moitié pour consommation d'héroïne et parmi lesquels 110 personnes ont démarré un TSO par méthadone. Le dépistage VIH a concerné 235 patients parmi lesquels 12 ont eu une sérologie positive.

Fin 2016, l'ouverture d'un deuxième centre thérapeutique ambulatoire et également résidentiel est prévue au Centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye pour les CDI des départements de Pikine et de Rufisque.

Fait essentiel, la stratégie « Test and Treat » pour le VIH de cette population clé a été intégrée (juin 2014) dans les nouvelles recommandations de prise en charge (Plan stratégique de lutte contre le sida du Sénégal 2014-2017).

C'est ainsi que la Commission ouest-africaine sur les drogues (ou West Africa Commission on Drugs - WACD) [2], visant à développer le volet soins et RDR de la politique régionale des drogues, souligne le rôle moteur du Sénégal : « *Hormis le cas du Sénégal, les recherches effectuées en vue de l'élaboration de plusieurs documents de référence de la WACD ont confirmé l'absence quasi-totale de politiques ou de protocoles visant à proposer des traitements ou des solutions alternatives à l'incarcération pour les usagers problématiques. L'expérience sénégalaise constituera un exemple important pour les autres pays d'Afrique de l'Ouest et permettra à ces derniers de mettre en place des stratégies efficaces de réduction des risques.* »

Dispositif innovant dans la sous-région, le CEPIAD reste confronté à de nombreux défis parmi lesquels on peut citer les ressources humaines, l'environne-

ment social et légal, l'aspect genre et la décentralisation de la prise en charge.

Aujourd'hui, la société civile est fortement mobilisée autour du CEPIAD et des différents partenaires pour une réforme de la politique des drogues visant à renforcer la dimension santé publique à travers les activités de réduction des risques qui comprennent un package de neuf activités. C'est ainsi que le Réseau national de la société civile (RNSD) a été mis en place et qui est un démembrement du réseau ouest africain (West African Drug Policy Network : WADPN) grâce à l'appui de la West African Civil Society Institute basée à Accra (Ghana).

Ce réseau est en train de mener des plaidoyers auprès des autorités en vue d'une réforme de la politique sénégalaise en matière de drogues. L'usage de drogues étant considéré comme un délit au regard de la loi 97-18 du 1^{er} décembre 1997 portant Code des Drogues, le réseau milite pour faciliter l'accès aux soins des consommateurs de drogues et une approche santé publique avec un cadre légal promouvant les activités de réduction des risques.

ENJEUX ET OPPORTUNITÉS

Face à la menace que constituent le trafic et l'usage de drogues dans notre région, le silence n'est plus permis et la mobilisation s'impose pour relever le défi. Les politiques de prohibition et de répression ayant montré leurs limites, un changement de paradigme s'avère indispensable dès lors.

Les enjeux sont multiples et peuvent être ainsi déclinés :

- **Santé publique**

L'approche santé publique doit être renforcée dans les politiques de drogues. L'enquête menée à Dakar montre que les consommateurs de drogues

injectables constituent une population hautement vulnérable. Les politiques en vigueur ainsi que la stigmatisation sociale les ont exclus de toute possibilité d'accès aux soins et autres services.

- **Économie**

Les capitaux drainés par le trafic de drogues constituent une menace pour nos jeunes États, du fait du risque de corruption et de blanchiment d'argent.

Par ailleurs, l'usage de drogues impliquant les jeunes constituent une menace pour l'avenir de nos nations.

- **Sécurité**

Le trafic de drogues peut générer de la violence. Les trafiquants de drogues ont souvent recours à des réseaux mafieux pour l'écoulement de leurs produits.

CONCLUSION

Les liens entre la consommation de drogues et les risques infectieux sont bien connus. La prise en charge des consommateurs de drogues constitue un enjeu important pour la maîtrise de l'épidémie VIH et des hépatites virales.

Un changement de paradigme dans les politiques de drogues s'avère indispensable pour permettre l'inclusion des consommateurs de drogues dans les différents programmes de santé.

Investir dans la prévention, le traitement, les soins et le soutien aux personnes dépendantes de la drogue réduit les coûts des services de santé, améliore la sécurité et contribue à la paix et au développement. Les consommateurs de drogues, victimes de ce phénomène mondial et de ses conséquences (ceux atteints du VIH/sida, ceux dépendants, etc.), doivent ainsi bénéficier d'une prise en charge médicosociale à côté de la réponse répressive édictée par les lois dans nos pays à l'encontre des trafiquants.

Bibliographie

- [1] Organisation des Nations unies contre les drogues et le crime : rapport mondial sur les drogues 2015.
- [2] Commission ouest-africaine sur les drogues, « Pas seulement une zone de transit, Drogues, État et société en Afrique de l'Ouest », 2014.
- [3] UNAIDS/PCB(24)/09.9.Rev.1 : 24^e Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, 22-24 juin 2009.
- [4] Conseil national de lutte contre le sida : Programme de lutte contre l'infection à VIH et autres comorbidités chez les consommateurs de drogues injectable, Sénégal, 2012-2015.
- [5] OMS, ONUDC, ONUSIDA : Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA, 2009.
- [6] Agence nationale de la statistique et de la démographie : Sénégal : Enquête démographique et de santé continue (EDS-Continue. Résultats régionaux, septembre 2015.
- [7] Étude ANRS 12243 : Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB, et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Sénégal), 2013.
- [8] Idrissa Ba ; Annie Leprêtre ; Maryvonne Maynard : Ouverture du CEPIAD à Dakar, premier centre méthadone en Afrique de l'Ouest, SWAPS No 78 / 1^{er} trimestre 2015, 24p.



Marie Nougier

*Responsable recherches et communications
au Consortium international sur les politiques
des drogues (IDPC)*

DIX ANS APRÈS LA SESSION EXTRAORDINAIRE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES SUR LES DROGUES : UN MONDE EN MOUVEMENT

Dix ans après l'Assemblée générale extraordinaire de l'ONU (UNGASS) en 2016, la politique internationale des drogues a changé de ton : la santé, les droits humains et la réduction des risques ont gagné en visibilité, malgré la résistance persistante d'un bloc de pays répressifs et des bilans humains toujours lourds. Dans un contexte mondial marqué par les crises, qu'a rendu possible l'UNGASS pour la société civile et les États favorables à une réforme ? Quelles sont les opportunités à venir pour réaligner la politique mondiale sur la dignité, la santé et les droits humains ?

BREF APERÇU HISTORIQUE

En 2016, New York a accueilli une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) consacrée aux drogues. Une UNGASS est un événement rare, organisé uniquement pour des questions internationales urgentes et pressantes [1]. Trois sessions de l'Assemblée générale des Nations unies consacrées aux politiques des drogues ont eu lieu jusqu'à présent : la première en 1990, la deuxième en 1998 et la dernière en 2016. Ce simple fait démontre l'importance de la politique en matière de drogues au niveau mondial et la nécessité de tenir des discussions régulières au plus haut niveau de l'ONU sur un sujet qui reste complexe, hautement politique... et polarisant.

QU'EST-CE QUE LE SYSTÈME INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES DROGUES ?

Le régime international de contrôle des drogues repose sur trois traités internationaux : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (axée sur les substances végétales telles que l'opium, l'héroïne, le cannabis, la feuille de coca et la cocaïne), la Convention de 1971 sur les substances psychotropes (axée sur les drogues de synthèse, avec des règles globalement moins strictes que celles de la Convention de 1961) et la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (un traité qui offre également aux États signataires la possibilité de ne pas imposer de sanctions pénales pour la consommation de drogues et les activités connexes) [2].

Le système est géré par quatre agences onusiennes :

1. La Commission des stupéfiants (Commission on Narcotic Drugs ou CND) est l'organe décisionnel des Nations unies en matière de drogues. Elle est composée d'États membres et se réunit chaque année pour discuter du marché mondial des drogues et des politiques en la matière, adopter des résolutions (documents politiques non contraignants sur l'orientation de la politique mondiale en matière de drogues) et voter sur l'inclusion de substances au tableau des Conventions de 1961 et de 1971.
2. L'Organe international de contrôle des

stupéfiants (OICS) a été créé par la Convention de 1961. Il est le « gardien » des conventions sur les drogues et est chargé de leur suivi et de leur mise en œuvre. Pour ce faire, il effectue des visites et ouvre des dialogues avec les États membres.

3. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) soutient la mise en œuvre de la politique internationale en matière de drogues et fournit une assistance technique aux États membres. Il produit également des analyses sur les marchés de la drogue, notamment son rapport mondial sur les drogues publié chaque année [3].

4. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est mandatée par les traités relatifs au contrôle des drogues pour effectuer des évaluations médicales et scientifiques des substances et recommander à la CND leur inscription dans le tableau des Conventions de 1961 et 1971. L'OMS fournit également des conseils scientifiques et médicaux sur les questions liées à la drogue et produit régulièrement des recommandations, souvent en collaboration avec l'ONUDC et l'ONUSIDA.

L'UNGASS de 1998 s'était tenue avec le slogan « *Un monde sans drogue, nous pouvons le faire* », partant du principe que les moyens les plus efficaces de dissuader les personnes de s'engager dans le marché noir étaient la criminalisation, l'incarcération, les saisies et l'éradication des cultures destinées au marché illégal.

Mais en 2012 déjà, un mécontentement croissant se faisait ressentir, en particulier en Amérique latine, face à l'échec de cette « guerre à la drogue » à réduire l'ampleur du marché mondial de la drogue et alors que les niveaux de violence et les dommages associés à une approche punitive devenaient de plus en plus évidents. Cette situation a conduit les présidents de la Colombie, du Guatemala et du Mexique à réclamer un débat urgent sur l'orientation de la politique mondiale en matière de drogue, donnant lieu, quelques années plus tard, à la tenue de la troisième UNGASS sur les drogues.

L'UNGASS DE 2016 : UNE OCCASION HISTORIQUE

L'UNGASS de 2016 a été une opportunité clé pour la société civile de tirer parti des préoccupations croissantes exprimées par divers gouvernements

envers le paradigme punitif et d'appeler à des réformes d'un système manifestement inefficace et obsolète. Les organisations de la société civile pro-réforme – dont l'IDPC (ou International Drug Policy Consortium) – ont relevé le défi. Cette session a été l'occasion de créer des espaces de coordination entre société civile et décideurs et d'élargir la portée du mouvement en incluant de nouvelles ONG travaillant sur des luttes connexes, telles que les soins palliatifs, les droits humains, le féminisme, la réforme du système de justice pénale, etc. Nous avons également encouragé diverses agences onusiennes à participer aux débats, notamment le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), l'ONU Femmes et le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD).

Tous ces éléments ont permis de mettre l'accent, comme jamais auparavant, sur la santé, les droits humains, la question du genre et le développement.

Bien entendu, les messages progressistes ont été confrontés à un front conservateur fort et bien coordonné. Le résultat politique a été passablement frustrant avec l'adoption, par consensus, d'une déclaration politique décevante [4] (jusqu'en 2024, le consensus entre tous les États était la norme à l'ONU sur les questions liées à la drogue) après des centaines d'heures de négociations qui se sont déroulées pour la plupart à huis clos. Si le document final de l'UNGASS a accordé une plus grande visibilité à la santé, aux droits humains et au développement, il réitère également l'objectif irréaliste d'atteindre « une société libre de toute drogue » et ne remet nullement en cause l'approche punitive [5].

L'UNGASS DE 2016 : UN ÉVÈNEMENT PORTEUR DE CHANGEMENT

Malgré cela, la session spéciale de 2016 a irrémédiablement modifié le discours sur les drogues de l'ONU. Elle a apporté aux débats de nouvelles voix indispensables avec une forte mobilisation des agences onusiennes chargées des droits humains. Elle a aussi permis une plus forte mobilisation de la société civile et des communautés directement touchées ainsi que la formation de nouveaux partenariats entre société civile et responsables politiques.

Il est intéressant de noter que le document final de l'UNGASS – qui avait tant déçu lors de son adoption – est devenu une munition essentielle pour les gouvernements progressistes lors des négociations

à la Commission des stupéfiants alors que les États conservateurs comme la Russie, la Chine et autres font tous les efforts possibles pour rejeter le document.

L'UNGASS a par ailleurs été un élément déclencheur pour toute une série d'initiatives permettant de mieux aligner les politiques des drogues avec les droits humains. Deux ans après l'UNGASS, les chefs des 31 agences des Nations unies ont adopté une « position commune sur les drogues », une étape positive rendue possible grâce à l'engagement accru de multiples entités onusiennes lors de l'UNGASS [6]. Ce document a pour objectif de faire en sorte que l'ONU parle d'une seule voix sur des questions fondamentales telles que la réduction des risques ou la dépénalisation. Il s'agit d'une avancée importante, car si les organes de l'ONU chargés des droits humains semblent bien comprendre les effets dévastateurs du paradigme punitif, les organes de contrôle des drogues, en particulier l'ONUDC, peinent à s'aligner avec le reste des agences onusiennes.

DE RÉELS PROGRÈS, MAIS UNE DYNAMIQUE MONDIALE CONTRASTÉE

Malgré tout, les progrès sont indéniables. La société civile est dorénavant rejointe par un nombre croissant d'entités de l'ONU dans sa quête vers la réforme des politiques punitives en matière de drogues. La session extraordinaire de 2016 a directement contribué à pousser le Conseil des droits de l'homme à prendre en compte la politique des drogues comme une question de droits humains avec l'adoption de deux résolutions directement liées à l'UNGASS en 2015 et 2018 et une troisième adoptée en 2023. Ces trois résolutions ont donné lieu à des rapports historiques du Haut-Commissariat aux droits de l'homme [7]. Les organes conventionnels de l'ONU chargés des droits humains s'expriment eux aussi davantage sur les drogues, avec un nombre croissant de recommandations sur la question. Enfin, divers mécanismes spéciaux du Conseil des droits de l'homme ont commencé à évaluer l'impact des politiques en matière de drogues dans le cadre de leur mandat, en particulier sur les détentions arbitraires [8] ou sur le droit à la santé et la réduction des risques [9].

Du côté des États, l'UNGASS et les initiatives qui en ont découlé ont aussi eu un impact important. Une enquête menée par l'IDPC auprès de la société civile en été 2025 a montré que cette session avait été utilisée par de nombreux militants pour

faire pression dans leur pays en faveur de réformes politiques et pour ouvrir ou élargir les espaces de discussion avec les décideurs politiques nationaux.

Dans plusieurs pays, l'utilisation d'outils tels que les lignes directrices internationales sur les droits de l'homme et les politiques en matière de drogues (publiées en 2019 [10]) a contribué à des réformes concrètes, notamment l'adoption d'une stratégie de réduction des risques et des alternatives à l'incarcération au Ghana, l'abolition de la peine de mort pour les délits liés aux drogues au Pakistan et l'adoption d'une stratégie progressive relative aux drogues en Colombie. Depuis 2016, 27 juridictions dans 13 pays ont adopté un modèle de dépénalisation [11], 45 pays ont légalisé le cannabis médical [12] et 20 pays supplémentaires ont inscrit la réduction des risques dans leurs lois ou politiques nationales. Les services se sont également multipliés dans le monde entier [13] tandis que l'usage récréatif du cannabis est désormais légal dans neuf pays et dans un certain nombre d'États et territoires américains et australiens.

Malheureusement, en parallèle, d'autres pays ont renforcé leur approche punitive. Les Philippines en sont l'exemple le plus flagrant, ayant lancé une guerre à la drogue en 2016 qui a entraîné la mort de milliers de personnes lors d'exécutions extrajudiciaires en toute impunité [14]. En 2024, l'Équateur a lancé une guerre contre les cartels de la drogue et les gangs avec pour conséquences de graves violations des droits humains et des incarcérations massives dans des prisons gravement surpeuplées [15]. La Russie poursuit sa répression contre la société civile pro-réforme et/ou impliquée dans la réduction des risques, et encourage ses voisins à faire de même [16].

Par ailleurs, même dans les pays où des réformes ont été adoptées, celles-ci ont généralement été limitées dans leur portée avec parfois des conséquences dramatiques.

Entre 2016 et 2021, plus de 2,6 millions de décès liés à la consommation de drogues ont été enregistrés [17]. Une personne sur cinq dans le monde est incarcérée pour délit lié à la drogue, une proportion atteignant 50 à 80 % pour les femmes dans diverses régions du monde [18]. 80 % de la population mondiale n'a pas accès à des traitements antidouleur et à des soins palliatifs en raison de lois, politiques et réglementations trop restrictives [19]. Les personnes usagères de drogues continuent d'être victimes d'abus, de torture, de stigmatisation, de discriminations, d'arrestations et de détentions

arbitraires [20]. Enfin, on estimait à 615 le nombre de personnes exécutées pour des délits de drogue en 2024 [21].

NAVIGUER DANS UN MONDE EN CRISE

Cette dernière décennie, le monde a également traversé plusieurs périodes de crise profonde qui ont inévitablement affecté les marchés de la drogue, les réponses politiques et la capacité de la société civile et des communautés à plaider en faveur de réformes : COVID-19 ; l'escalade des conflits armés en Ukraine, au Moyen-Orient et dans certains pays africains et asiatiques ; l'émergence de l'intelligence artificielle et son utilisation dans tous les aspects de notre vie quotidienne. Par ailleurs, la mise en avant des questions sécuritaires dans les politiques publiques, y compris en Europe, a réduit les budgets déjà limités alloués à la santé et à l'aide sociale, laissant les plus vulnérables hors d'atteinte des services essentiels. Plus récemment, l'administration Trump a causé des perturbations majeures à l'aide internationale et à la dynamique géopolitique qui avait jusqu'alors façonné les alliances internationales.

Les coupes budgétaires opérées par l'administration Trump ont eu des effets immédiats sur les institutions onusiennes : des entités telles que l'ONUSIDA et l'OMS doivent désormais procéder à d'importantes restructurations et à des vagues de licenciements pour survivre avec des budgets considérablement réduits. Parallèlement, le secrétaire général des Nations unies António Guterres a entamé une révision complète de l'ensemble du système de l'ONU avec son initiative « UN80 », en référence au 80^e anniversaire des Nations unies [22]. Au milieu de tout cela, la directrice exécutive de l'ONUDC, Ghada Waly, a annoncé sa démission en juin dernier [23].

La montée de l'autoritarisme et les attaques contre la société civile ont également contribué à créer un environnement hostile pour les ONG, affectant leur capacité à influencer les politiques locales et nationales.

ET MAINTENANT, QUELLES OPPORTUNITÉS S'OFFRENT À NOUS ?

Compte tenu de tous ces facteurs, le système de contrôle des drogues des Nations unies est confronté à des changements irréversibles.

À l'heure actuelle, trois opportunités méritent d'être soulignées à l'international – des opportunités qui mettent en évidence les failles du régime, mais qui permettraient également d'opérer des changements en profondeur.

Tout d'abord, la Commission des stupéfiants a dépassé les blocages en 2024 avec une résolution intégrant la question de la « réduction des risques » rompant enfin avec la pratique d'adoption des résolutions par consensus. Ces quarante dernières années, la recherche d'un consensus avait permis à un petit nombre d'États membres très influents d'imposer leur veto à toute formulation positive concernant la santé et les droits humains. L'année dernière, les États-Unis (alors sous l'administration Biden) se sont présentés à la CND avec un objectif : adopter une résolution sur les surdoses [24] qui mentionnerait explicitement la « réduction des risques », un terme qui était jusqu'alors tabou à la CND. La résolution a finalement été soumise au vote et seuls la Chine et la Russie ont voté contre [25]. Cette décision ouvre la voie à l'adoption de résolutions plus réformistes, libérées des contraintes du consensus.

Par ailleurs, l'OMS procède actuellement à un examen critique de la classification de la feuille de coca, une plante qui fait encore l'objet d'un contrôle parmi les plus stricts des traités, au même titre que l'héroïne et la cocaïne. Cela a longtemps été considéré comme une erreur historique résultant d'arguments coloniaux et racistes qui ne tenaient pas compte des droits et des pratiques traditionnelles des peuples

autochtones des régions andine et amazonienne [26]. Les résultats de l'examen critique de l'OMS devaient être connus d'ici fin 2025, et un vote était prévu en mars 2026 à la CND [27].

Le dernier processus clé en cours est un examen indépendant du système de contrôle des drogues de l'ONU par un groupe d'experts multidisciplinaire [28]. Il s'agit là du résultat de nombreuses années de plaidoyer et d'un processus rendu possible grâce au leadership de la Colombie lors de la session spéciale à Vienne, qui a mené les négociations et l'adoption en mars 2025 d'une résolution historique de la CND [29]. Le panel devrait rendre ses conclusions publiques d'ici mars 2027.

CONCLUSION

L'UNGASS de 2016 a indéniablement marqué un tournant décisif dans la politique internationale en matière de drogues, ouvrant la voie à une approche davantage axée sur la santé, les droits humains et le développement. Malgré une résistance persistante et des réformes limitées dans de nombreux pays, l'élan qu'elle a généré a permis de renforcer la société civile, d'influencer les organes des Nations unies et de catalyser certains changements au niveau national. Avec deux processus cruciaux en cours – la révision du statut de la feuille de coca et une évaluation indépendante du système de contrôle des drogues –, la communauté internationale a enfin une opportunité rare d'aligner la politique mondiale en matière de drogues sur les droits humains, la santé et la dignité.

Bibliographie

- [1] Voir la liste complète ici : <https://www.un.org/en/ga/sessions/special.shtml>
- [2] Disponibles ici : https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Mandate_Functions/Scheduling.html
- [3] Le dernier Rapport mondial sur la drogue est disponible ici : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, World Drug Report 2025, 2025, <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
- [4] Voir : Assemblée Générale de l'ONU, *Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem – Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*, New York, 19-21 April 2016, <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>
- [5] Pour une analyse de l'UNGASS de 2016, voir : International Drug Policy Consortium, *L'UNGASS sur le problème mondial de la drogue : rapport de la procédure*, 2016, [\[probleme-mondial-de-la-drogue-rapport-de-la-procedure\]\(#\)](https://idpc.net/fr/publications/2016/08/l-ungass-sur-le-</div><div data-bbox=)

- [6] UN System Chief Executives Board for Coordination, United Nations System Common Position Supporting the Implementation of the International Drug Control Policy Through Effective Inter-agency Collaboration, 2018, <https://unsceb.org/united-nations-system-common-position-supporting-implementation-international-drug-control-policy>
- [7] Office du Haut-Commissariat des Nations unies pour les droits de l'homme, *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, A/HRC/30/65, 2015, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g15/199/49/pdf/g1519949.pdf> ; Office du Haut-Commissariat des Nations unies pour les droits de l'homme, *Mise en œuvre de l'engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue en tenant compte des droits de l'homme*, A/HRC/39/39, 2018, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g18/276/27/pdf/g1827627.pdf> ; Office du Haut-Commissariat des Nations unies pour les droits de l'homme, *Enjeux en matière de droits de l'homme de la mobilisation et de la lutte contre le problème mondial de la drogue sous tous ses aspects*, A/HRC/54/53, 2023, <https://docs.un.org/fr/A/HRC/54/53>

- [8] Groupe de travail de l'ONU sur la détention arbitraire, *Détention arbitraire liée aux politiques de lutte contre la drogue*, A/HRC/47/40, 2021, <https://docs.un.org/fr/A/HRC/47/40>.
- [9] Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, *Consommation de drogues, réduction des risques et droit à la santé*, A/HRC/56/52, 2024, <https://docs.un.org/fr/A/HRC/56/52> ; Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, *Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible - La réduction des risques pour une paix et un développement durables*, A/79/177, 2024, <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a79177-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>
- [10] Disponible ici : International Centre on Human Rights and Drug Policy, ONUSIDA, Office du Haut-Commissariat pour les droits de l'homme, Programme des Nations unies pour le développement & Organisation mondiale de la santé, *International guidelines on human rights and drug policy*, 2019, <https://www.humanrights-drugpolicy.org>
- [11] TalkingDrugs, Release, International Drug Policy Consortium & Accountability International, *Drug decriminalisation across the world*, <https://www.talkingdrugs.org/drug-decriminalisation/> [accédé le 27 août 2025].
- [12] Analyse effectuée par l'IDPC, août 2025.
- [13] Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2024*, 2024, <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm-reduction-2024/>
- [14] Human Rights Watch, *Philippines' 'war on drugs'*, <https://www.hrw.org/tag/philippines-war-on-drugs> [accédé le 27 août 2025].
- [15] Human Rights Watch, *Ecuador: Unchecked abuses since 'armed conflict' announcement*, 22 Mai 2024, <https://www.hrw.org/news/2024/05/22/ecuador-unchecked-abuses-armed-conflict-announcement>
- [16] Kurcevic, E., *Mapping repression: Legal trends impacting civil society in Central and Eastern Europe and Central Asia*, 2025, Eurasian Harm Reduction Association, iSoS, Alliance for Public Health, Robert Carr Fund for Civil Society Networks, <https://idpc.net/publications/2025/07/mapping-repression-legal-trends-impacting-civil-society-in-ceeca>
- [17] Office des Nations unies contre la drogue et le crime, *World Drug Report 2025*, 2025, <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
- [18] Penal Reform International & Thailand Institute of Justice, *Global prison trends 2025*, 2025, <https://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends-2025/>
- [19] Organisation mondiale de la santé, *Impact of impaired access to controlled medications*, <https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products/controlled-substances/impaired-access> [accédé le 27 août 2025].
- [20] Nougier, Marie & Cots Fernandez, Adria, *En déroute: rapport parallèle pour l'examen à mi-parcours de la Déclaration ministérielle de 2019 sur les drogues*, 2023, International Drug Policy Consortium, <https://idpc.net/fr/publications/2023/12/idpc-rapport-alternatif-2024>
- [21] Girelli, G., Jofre, Marcela & Larasati, Ajeng, *The death penalty for drug offences: global overview 2024*, 2025, <https://hri.global/flagship-research/death-penalty/the-death-penalty-for-drug-offences-global-overview-2024/>
- [22] Nations unies, *UN80 Initiative : What is it - and why it matters to the world*, 23 juin 2025, <https://news.un.org/en/story/2025/06/1164836>
- [23] Fordham, Ann, 'When the going gets tough': Leadership change at UNODC amidst global turmoil, UN reforms and drug policy opportunities, 5 juin 2025, International Drug Policy Consortium, <https://idpc.net/blog/2025/06/when-the-going-gets-tough-leadership-change-at-unodc-amidst-global-turmoil-un-reforms-and-drug>
- [24] Voir : Commission des stupéfiants, *Résolution 67/4. Preventing and responding to drug overdose through prevention, treatment, care and recovery measures, as well as other public health interventions, to address the harms associated with illicit drug use as part of a balanced, comprehensive, scientific evidence-based approach*, Mars 2024, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2020-2029/2024/Res_67_4.pdf
- [25] International Drug Policy Consortium, *L'« esprit de Vienne » vole en éclats : Rapport de la 67^{ème} session de la Commission des stupéfiants des Nations unies et de son segment de haut niveau*, 2024, <https://idpc.net/publications/2024/08/the-vienna-spirit-shatters-report-of-the-67th-session-of-the-un-commission-on-narcotic-drugs-and>
- [26] Fordham, Ann, *A historic opportunity: Why the global liberation of the coca leaf matters on the International Day of the World's Indigenous Peoples*, 7 août 2025, International Drug Policy Consortium, <https://idpc.net/blog/2025/08/a-historic-opportunity-why-the-global-liberation-of-the-coca-leaf-matters-on-the-international>
- [27] Pour plus d'informations, voir : International Drug Policy Consortium, *Réparer une injustice historique : la révision par l'ONU du statut international de la feuille de coca - version 2*, 2025, <https://idpc.net/fr/publications/2025/02/reparer-une-injustice-historique-la-revision-par-l-onu-du-statut-international-de-la-feuille-de>
- [28] Pour plus d'informations, voir : International Drug Policy Consortium, *Réparer la « machinerie » : recommandations et attentes concernant l'examen indépendant des engagements internationaux en matière de politique des drogues*, 2025, <https://idpc.net/publications/2025/05/repairing-the-machinery-recommendations-and-expectations-for-the-independent-review-of>
- [29] International Drug Policy Consortium & Rights Reporter Foundation, *'Changing the current drug policy regime has become a life cause for me' - An interview with Colombia's Ambassador-at-large for drug policy, Laura Gil*, 2025, <https://idpc.net/news/2025/07/changing-the-current-drug-policy-regime-has-become-a-life-cause-for-me-an-interview-with>

Pascale Hensgens
Coordinatrice de projets
de la Fédito wallonne



Benjamin Tubiana Rey
Chargé de plaidoyer
et communication
de la Fédération
Addiction



Gregory Lambrette
Chargé de direction
du Quai 57 - arcus,
membre du
Suchtverband
Lëtzebuerg



DIX ANS DE COOPÉRATION FRANCOPHONE EN ADDICTOLOGIE

Sandhia Vadlamudy
Directrice générale
de l'Association
des intervenants
en dépendance
du Québec (AIDQ)



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



Stéphane Leclercq
Directeur de la Fédération
bruxelloise des institutions
spécialisées en matière
de drogues et addictions
(Féda BXL)



Joël Tremblay
Professeur au département
de psychoéducation et
travail social de l'université
du Québec à Trois-Rivières



Depuis près d'une décennie, une dynamique singulière s'est installée dans l'espace francophone de l'addictologie et des dépendances. À l'initiative de plusieurs fédérations et réseaux professionnels engagés dans le champ des drogues et des conduites addictives en **France, en Belgique, en Suisse romande, au Québec et au Luxembourg** s'est construite une coopération originale, à la fois éditoriale, professionnelle et politique. Cette collaboration s'est incarnée notamment dans la revue *Addiction(s) : recherches et pratiques*, dont vous tenez le dixième numéro entre les mains. Elle se prolonge aujourd'hui dans le sommet international bisannuel, dans des engagements internationaux et des projets concrets qui témoignent d'une ambition commune : penser et transformer les politiques et les pratiques en matière de drogues au service des personnes.

LA GENÈSE : CRÉER UN ESPACE ÉDITORIAL FRANCOPHONE COMMUN

La création de la revue *Addiction(s) : recherches et pratiques* répondait à une volonté partagée au milieu des années 2010 : créer un espace éditorial francophone international capable de faire dialoguer véritablement recherche et terrain. Si les publications scientifiques existent, elles demeurent souvent académiques, peu accessibles aux professionnel-le-s. À l'inverse, les publications professionnelles valorisent l'expérience mais peuvent parfois peiner à intégrer les apports de la recherche.

Notre revue est née de cette volonté de décloisonnement. Portée par la **Fédération Addiction avec l'AIDQ et le RISQ au Québec, les Féda BXL, la Fédito wallonne, le GREA en Suisse et le Suchtverband Lëtzebuerg**, elle se veut résolument **internationale et francophone**. Son engagement est clair : croiser les savoirs, faire dialoguer chercheurs et chercheuses, professionnel-le-s, intervenant-e-s, responsables associatif-ve-s et, autant que possible, personnes concernées.

Depuis dix ans, chaque numéro, organisé autour d'un thème unique, rassemble des contributions plurielles. On y trouve des articles scientifiques, des retours d'expérience, des analyses de politiques publiques, des témoignages croisés. Cette hybridation

constitue l'ADN de la revue. Elle traduit une conviction partagée : les enjeux liés aux addictions ne peuvent être compris ni transformés sans articulation entre production de connaissances, pratiques professionnelles et expériences vécues.

DES ENJEUX COMMUNS, DES CONTEXTES DIFFÉRENTS

Au fil des numéros, un paysage commun s'est dessiné. Malgré des cadres juridiques, sanitaires et sociaux différents selon les pays, les organisations partenaires ont constaté la convergence de plusieurs enjeux majeurs.

L'émergence et la reconnaissance des usagers et usagers constituent l'un des marqueurs forts de la décennie. Dans l'ensemble des territoires, leur place s'est progressivement affirmée : participation aux dispositifs, intégration dans les équipes via la pair-aidance, contribution aux réflexions stratégiques. Cette évolution interroge les cultures professionnelles, les cadres réglementaires et les représentations sociales. La revue a accompagné ce mouvement, en donnant la parole à des usager-ère-s et en documentant les transformations en cours.

Autre fil rouge : l'impact persistant des politiques de prohibition. Qu'il s'agisse des conséquences pénales pour les usager-ère-s,

des effets sur l'accès aux soins, de la stigmatisation ou du développement de marchés illégaux et de leurs violences, les pays francophones partagent une tension constante entre approche sanitaire et logique répressive. Les différences de politiques (régulation ici, dépénalisation là, rigidité ailleurs) nourrissent des comparaisons fécondes et alimentent le travail de plaidoyer de nos organisations.

Les contraintes budgétaires constituent un troisième enjeu transversal. La baisse ou la stagnation des financements publics, les logiques d'appel à projets et de mise en concurrence ont profondément transformé le travail des équipes. Partout, les professionnel·les ont dû composer avec des logiques de performance, parfois en tension avec l'éthique du soin et de l'accueil inconditionnel. La coopération francophone a offert un espace de mise en commun des stratégies d'adaptation et de résistance.

Les crises, enfin, ont agi comme révélateurs et accélérateurs. La pandémie de Covid-19, l'augmentation de la pauvreté et des inégalités, la crise des surdoses en Amérique du Nord ou encore les échecs de l'accueil des personnes exilées en Europe ont bouleversé les pratiques : fermeture ou réorganisation des services, recours massif au numérique, adaptation des protocoles de délivrance de traitements, renforcement de la précarité des publics. Mais elle a aussi ouvert des opportunités : simplifications administratives, expérimentations inédites, reconnaissance du caractère essentiel de certains dispositifs. Fidèle à sa ligne éditoriale, la revue a su interroger ces crises non seulement comme des ruptures, mais comme des moments de transformation potentielle.

EXPLORER DES ANGLES RAREMENT TRAITÉS

La revue s'est aussi distinguée par sa capacité à aborder des sujets moins visibles. Elle a ainsi consacré des numéros à des questions

émergentes ou peu explorées : le vieillissement et la fin de vie des personnes concernées par les usages de drogues, les articulations entre addictions, santé et justice ou encore les enjeux environnementaux.

Nos choix éditoriaux ont voulu traduire une posture : ne pas se limiter aux débats évidents mais ouvrir des espaces de réflexion sur des dimensions souvent invisibilisées du travail social et sanitaire. Ils témoignent aussi de la richesse des contextes nationaux. Car certaines innovations nées en Suisse, au Québec ou en Belgique inspirent des équipes françaises ou luxembourgeoises, et inversement. La coopération devient alors un laboratoire d'idées où les différences ne sont pas des obstacles mais des ressources.

LE SOMMET INTERNATIONAL FRANCOPHONE : SE RENCONTRER POUR PENSER ENSEMBLE

Si la revue constitue le socle écrit de cette collaboration, le sommet international francophone des addictions en est le prolongement vivant. Organisé tous les deux ans à tour de rôle dans les différents pays partenaires, il offre un espace rare de rencontre entre fédérations, professionnel·le-s, chercheur·euse-s et représentant·e-s d'utilisateur·e-s.

Ces sommets permettent de confronter les analyses, de débattre des orientations politiques, de partager des expériences concrètes. Ils donnent chair à la coopération en créant des liens interpersonnels durables. Dans un champ parfois fragmenté, ils contribuent à construire une communauté francophone de pratiques et de pensée.

La publication du Manifeste de Lausanne, à l'issue du sommet de 2024, a marqué une étape importante. En affirmant des principes communs (approche centrée sur les droits humains, priorité à la santé publique,

reconnaissance des personnes concernées) les organisations ont posé un acte explicitement politique. Ce manifeste a montré que la coopération ne se limite pas à l'échange de bonnes pratiques : elle peut porter une parole collective sur les orientations des politiques des drogues.

UN ENGAGEMENT QUI DÉPASSE L'ESPACE FRANCOPHONE

Mais la dynamique francophone s'inscrit aussi dans des arènes plus larges. Les organisations partenaires sont pour certaines engagées dans des instances internationales telles que le Civil Society Forum on Drugs (CSFD) de l'Union européenne, l'International Drug Policy Consortium (IDPC), le réseau européen de réduction des risques Correlation ou l'European Federation of Therapeutic Communities. Cette présence permet de relayer des positions construites collectivement et d'inscrire la voix francophone dans les débats globaux.

Des coopérations concrètes illustrent également cet élargissement. La participation de certaines organisations à la plateforme addris.org pour la réduction des risques, en lien avec des pays francophones d'Afrique, ouvre de nouveaux dialogues Sud-Nord. La traduction et la diffusion d'ouvrages structurants, comme « *Comment réguler les stimulants ?* » contribuent à nourrir les réflexions sur des modèles alternatifs de régulation.

Ces projets témoignent d'une volonté de « défricher » de nouveaux terrains : explo-

rer d'autres horizons politiques, questionner les évidences, imaginer des régulations plus cohérentes avec les objectifs de santé publique et de justice sociale.

UNE AMBITION ÉTHIQUE PARTAGÉE

Au-delà des structures et des événements, ce qui unit cette coopération francophone est une ambition éthique. Les organisations partenaires partagent une vision du travail en addictologie fondée sur le soin, l'accueil inconditionnel, la réduction des risques, le respect de la dignité et des droits des personnes. Elles reconnaissent la complexité des parcours, la pluralité des usages et la nécessité d'approches nuancées.

En croisant recherche et pratiques, en donnant une place aux savoirs expérimentiels, en confrontant les contextes nationaux, la revue et le sommet ont contribué à renforcer cette culture commune. Ils ont permis de dépasser les frontières administratives pour construire un espace de réflexion solidaire et exigeant.

Dix ans après la création de la revue *Addiction(s) : recherches et pratiques*, la coopération francophone en addictologie apparaît ainsi comme un chantier toujours en mouvement. Face aux défis persistants, elle offre un cadre pour penser collectivement, expérimenter et plaider. Une manière, peut-être, de rappeler que les politiques des drogues ne sont jamais seulement des dispositifs techniques mais aussi des choix de société. Et que ces choix gagnent à être discutés, en français et au-delà, au service des personnes concernées.

Numéro 10, décembre 2025

Prix de vente : 12 €

Directrice de la publication

Catherine Delorme

Coordinateur du numéro

Benjamin Tubiana-Rey

Comité éditorial

Audrey Bourassa
Sandro Cattacin
Marine Gaubert
Pascale Hensgens
Marie Jauffret-Roustide
Grégory Lambrette
Stéphane Leclercq
Marie Öngün-Rombaldi
Camille Robert
Joël Tremblay
Sandhia Vadlamudy

Journaliste

Natalie Castetz

Conception graphique

Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression

2300 exemplaires
Rivet Presse Édition