
Au-delà de la maladie : Le retour du travail social dans un monde précarisé

Le travail social dans les addictions en Suisse romande

Savary Jean-Félix¹, Tharin Ann², Bach Romain³, Fazan Cédric⁴, Durnat Hervé⁵, Perriard Cédric⁶

Cet document est la version française de l'article en allemand suivant : Savary, J., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durnat, H., & Perriard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus: Die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Éds.), Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis (p. 261-278). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6_16

1 Introduction

La politique des quatre piliers a positionné la Suisse parmi les pionniers en matière d'addiction en dépassant un certain nombre d'idées anciennes. Sa mise en œuvre a surtout contribué à réduire de manière drastique la mortalité liée aux drogues illégales. Dans le réseau professionnel, les cartes ont été redistribuées entre les acteurs. La nouvelle stratégie nationale — incarnée par les

¹ Secrétaire général du GREA - Groupement Romand d'Études des Addictions, MPA (IDHEAP) et licence en Sciences politiques (UNIL)

² Responsable de formation postgrades et Maître d'enseignement HES à la HETSL, HES-SO, Bachelor HES-SO en travail social, MAS HES-SO

³ Secrétaire général adjoint du GREA - Groupement Romand d'Études des Addictions, Master Politique et Management Publics (IDHEAP) et Bachelor en Sciences politiques (UNIGE)

⁴ Directeur de la Fondation le Tremplin, MPA (IDHEAP), Bachelor en travail social (HETS)

⁵ Ancien directeur de l'Association ARGOS, Bachelor HES-SO en travail social et management

⁶ Responsable de structure à la Fondation du Levant, Bachelor HES-SO en travail social, MAS HES-SO en action et politiques sociales

paquets de mesures MaPaDro 1, 2 et 3 — favorise l'arrivée de la médecine des addictions. Les traitements résidentiels basés sur l'abstinence se retrouvent relégués au deuxième plan.

Dans les années 2000, plusieurs révisions législatives vont encore changer les conditions-cadres. La réforme de la péréquation et de la répartition des tâches (RPT), mais aussi les adaptations dans le domaine de l'assurance invalidité (AI) et de la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) font progressivement passer l'offre sous le contrôle des cantons. Alors que le secteur connaissait dans les décennies précédentes une relative indépendance, il est investi par l'État, qui va dès lors planifier et piloter les prestations avec une précision de plus en plus fine.

Dans le même temps s'installe l'austérité alors que les succès enregistrés en matière de criminalité, d'ordre et de santé publics font baisser l'intensité politique des addictions. L'adoption de la Loi sur les Stupéfiants en 2008 semble régler la question. L'intérêt réduit des drogues illégales se traduit par une pression financière sur les ressources au dispositif addiction par les Cantons. Ils recourent aux assurances sociales nationales, comme l'AI et la LAMal. La reconnaissance dans le catalogue des prestations permet ce transfert, qui peut aussi concerner les institutions sociales, pour autant qu'un médecin puisse valider.

Avec la médicalisation, la notion de « maladie » devient dominante. Elle est utilisée de manière extensive par le Conseil fédéral pour faire accepter la décriminalisation de l'usage et change l'attitude que nous avons par rapport aux prestations. Le modèle biopsychosocial imposé depuis les années 80 a démontré l'importance d'agir de façon collective et sociétale, la logique sanitaire réoriente mécaniquement le dispositif vers une aide individuelle et un traitement de maladie chronique. En outre, la LAMal reconnaît les prestations effectuées auprès des personnes, mais pas de la communauté. Le travail de réseau, d'accueil « bas seuil », mais aussi les activités non thérapeutiques — au sens médical — ne peuvent être couvertes.

Le travail social et communautaire a donc connu des mutations gigantesques. Il a dû s'adapter et inventer de nouveaux rôles et répondre à de nouveaux besoins qui ont émergé. La médicalisation du réseau des addictions apporte des solutions, mais la réduction des autres prestations crée des difficultés. Le monde change et les seuils d'accès pour trouver un logement ou un travail se sont rehaussés.

Ces évolutions prennent des formes différentes selon les régions, en fonction de caractéristiques propres. La Suisse latine se distingue par une tradition de l'État social et d'un rapport aux drogues moins libéral. Une perspective se fait jour pour le travail social dans le domaine des addictions en Romandie. Nous tentons d'en décrire ses enjeux et ses pratiques, pour proposer un nouveau modèle.

2 Cantonalisation et interdisciplinarité

La Suisse romande s'est convertie avec retard à la réduction des risques, elle intègre maintenant toute la palette des mesures et la différence entre les régions linguistiques s'est estompée. La spécificité se voit plutôt dans les conditions-cadres cantonales.

2.1 Cantonalisation des prestations et Nouvelle Gestion Publique

Les institutions voient leurs financements, leurs modèles et leurs prestations remises en question par les administrations cantonales. Celles-ci sont encouragées à prendre en mains le pilotage. Avant la LStup, de la LIPPI et de la RPT, la Nouvelle Gestion Publique (NGP, Osborne, 1993) introduit l'idée que le traitement devait être rationalisé. Le dispositif addiction doit offrir une gestion « pilotable », car uniforme, coordonné et standardisé, afin de garantir efficacité et économie.

Baigné par la tradition francophone, l'intervention de l'État en Romandie est vue comme légitime et son rôle historiquement plus fort. La volonté de régulation est attestée également par plusieurs mesures, en matière de tabagisme (interdire la fumée passive) ou d'alcool (régime de nuit). Par ailleurs, si les communes alémaniques concentrent l'essentiel des services, c'est à l'échelon cantonal que les trouvons en Suisse occidentale.

2.2 Indication et pilotage cantonal

Cela explique la montée en puissance des dispositifs d'indication présents en Suisse romande. Ces instruments permettent de trier les demandes grâce à des critères objectifs, et de les faire correspondre à l'offre. Ils facilitent l'octroi de mandats aux institutions, l'acceptation de garanties financières pour les séjours résidentiels et les subventionnements des structures ambulatoires, la gestion des places et l'adaptation des prestations, la coordination des acteurs, le monitoring des profils et des trajectoires des bénéficiaires. Leur mission consiste en l'évaluation de la « gravité » de la situation et en l'orientation au sein du réseau de soins. Ces instances valent pour l'ensemble des addictions et réunissent des professionnels de plusieurs types de handicaps.

La Romandie a une solide tradition sanitaire. Les prestations thérapeutiques se multiplient en milieu public et dans le secteur privé, avec des cliniques qui prennent aujourd'hui une place importante pour une clientèle aisée. Cette médicalisation ne se traduit pas par une rupture brutale. Contrairement à la Suisse alémanique, peu d'institutions ont fermé pendant ces 20 dernières années⁷. Les cantons vont continuer à soutenir leurs institutions après le retrait de la confédération et la RPT leur permettant le temps de la mutation. Par contre, de nombreuses fusions ont changé le paysage. Les prestations et les concepts ont effectué un virage parfois à 180°.

⁷ Infodrog, monitoring des fermetures.

2.3 Les enjeux de l'interdisciplinarité

Le domaine du « traitement » se recentre sur des systèmes sanitaires, justifié par les avancées en neurosciences, en psychologie et en psychopathologie. La réponse donnée à la maladie correspond mieux aux attentes de la bureaucratie des cantons. Les nouvelles conditions-cadre-cantoniales et la NGP d'un côté, la compréhension des mécanismes biologiques de l'autre, transforment le traitement en une problématique sanitaire.

Les interventions sont offertes hors de ce cadre, posant la question de l'interdisciplinarité. Malgré la plus-value évidente d'une intervention médicosociale collaborative dans l'accompagnement en situation d'addiction, différentes catégories d'écueils (épistémologique, personnels, disciplinaires, structurels/institutionnels et politiques)⁸ jonchent nos logiques d'action partenariale.

Selon une étude menée dans le canton de Vaud (Tharin, 2015), les médecins sont reconnus comme les garants des diagnostics, voire de la globalité des interventions à mettre en œuvre. Si la qualité du travail produit sociale est perçue, la difficulté à énoncer des fondements théoriques légitimant leur approche semble néanmoins poser problème lors des échanges. De nombreux modèles utilisés par les travailleurs sociaux s'inscrivent en effet dans la « psychoéducation » (Gira & Morel, 2010, pp. 286-294). Une autre partie de leurs références est relative à l'étude du contexte socioculturel, dont la sociologie, l'anthropologie, le droit ou encore la criminologie.

2.4 Travail social en Suisse romande : vers de nouveaux horizons

Le partenariat médicosocial s'inscrit comme une évidence pour favoriser le rétablissement, mais réussir à réduire les écueils vers l'intervention conjointe

⁸ Cette catégorisation a été initialement proposée lors d'une conférence intitulée « Inter-transdisciplinarité, des pistes à développer dans l'intervention en toxicodépendance » (Mino A., François A., Prats V., Cavalcanti L.). Celle-ci s'est déroulée lors de la 1^{ère} Conférence latine de réduction des risques en matière de toxicomanie (CLAT), à Barcelone en 2001. La catégorisation a ensuite été retravaillée dans l'étude effectuée dans le canton de Vaud (Tharin, 2015), citée ensuite dans le texte.

reste un défi. C'est le cas en premier lieu pour le travail social, autour duquel s'articulait la prise en charge au XX^e siècle. Les mutations des conditions de vie des usagers —précarisation et augmentation des seuils d'insertion— l'éloignent du traitement *per se*, pour s'étendre aux dimensions globales de la personne et de son environnement. Il ne s'agit plus de se centrer sur le lien avec la substance et ses difficultés, aujourd'hui largement thématiqué par le champ sanitaire, mais bien de prendre en compte les multiples dimensions nécessaires à garantir une qualité de vie digne.

Assurer la participation sociale de chacun, but ultime du rétablissement, ne peut se faire qu'au prix d'une responsabilité partagée et d'une clairvoyance quant à nos pratiques en partenariat. Il s'agit d'être non seulement conscients de nos spécificités, compétences ou limites, mais aussi convaincus de notre expertise et de celles des autres disciplines engagées dans la prise en soin. Œuvrer dans la transdisciplinarité (Nicolescu, 1996) est sans nul doute l'opportunité de pouvoir faire ériger ensemble un bien commun profitable à tous, celui d'une plus grande cohésion sociale.

3 Reconnaissance et rétablissement

3.1 Rétablissement

Le rétablissement traduit la place accordée à la démarche de la personne, au fait qu'elle se considère comme un agent actif appelé à jouer un rôle déterminant. Selon Provencher (2002), le rétablissement tire son origine dans les associations de patients d'Amérique du Nord dans le domaine de la santé mentale⁹. Depuis le début des années 1990, des professionnels ont manifesté leur

⁹ La notion de santé mentale est comprise ici comme « ...un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (OMS, 2014) <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> ou encore dans le sens de dimension de la « santé mentale positive » qui selon Kovess-Masfety (2010) « fait référence à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, un état d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celle du milieu auquel il doit s'adapter. ».

intérêt pour le développement et la connaissance de modèles d'intervention offrant une importance particulière aux ressources et aux choix des individus, privilégient des interventions axées sur les influences entre la personne et l'environnement, en stimulant l'optimisation des possibilités de l'individu dans son milieu de vie. Le modèle du rétablissement de Provencher (2002) se présente selon quatre dimensions coexistantes.

a) Redéfinition et expansion du soi

Une plus grande reconnaissance des forces de la personne, mais également de ses limites, permet de transformer les pertes éventuelles en de nouvelles opportunités. L'individu est amené à rétablir des échanges dynamiques avec son environnement. Avec l'aide des professionnels et des proches, on peut avoir accès à des opportunités de mise en action de ses ressources et tester ses capacités et limites.

b) Positionnement face à l'espace et au temps

L'échange sur le rôle des croyances et des conceptions avec des pairs donne un sens à l'existence ou de réinterpréter positivement les événements difficiles. L'espoir sera ainsi favorisé par une attitude optimiste des intervenants face aux possibilités de développement de la personne, mais également en établissant un climat de réciprocité et de partage avec les proches.

c) Pouvoir d'agir

L'appropriation du pouvoir d'agir est centrale pour la personne accompagnée. Celle-ci assume davantage de responsabilités dans l'orientation de sa vie, croit en sa capacité d'exercer un plus grand contrôle. Les stratégies de l'empowerment doivent intervenir au niveau individuel, sociétal et politique. Il s'agit ainsi d'une implication avec et pour les pairs, au travers d'actions collectives visant à améliorer la qualité de vie. Le positionnement des professionnels change, la personne n'étant plus limitée par la maladie, mais considérée comme un partenaire actif.

d) Ressources environnementales

L'accent est mis sur le contexte relationnel de l'expérience de rétablissement, à différents niveaux. Les interactions avec les membres de la famille et les pairs requièrent une attention particulière, encore peu explorée par la recherche. Ce dernier groupe offre l'opportunité de vivre des relations réciproques et non hiérarchisées, de valider ses compétences personnelles et, au travers de la défense des droits, d'exprimer un sentiment d'appartenance à la communauté. Les professionnels doivent abandonner le statut d'expert en faveur de celui de facilitateur du processus de rétablissement.

3.2 Mise en perspective

Si le concept considère la personne comme actrice, il va s'agir « ... de rester attentif au fait que le rétablissement a vite fait de s'inscrire dans les dérives du "culte de la performance" ... » (Ehrenberg 1991, in Linder & Bussy, 2014, pp. 48-49). « Cette socialité mesurée à l'aune de l'autonomie s'incarne dans la figure de l'individu performant, tenue de se construire lui-même comme l'entrepreneur de sa propre vie et dont l'individu fragile et vulnérable est l'ombre portée. » (Ehrenberg, 2004). Castel (2005) souligne que le travail social et l'État participent à une dynamique commune, s'inscrivant dans un projet de réalisation de l'individu « autonome et responsable ». Les restructurations actuelles de l'État, dont l'objectif de justice sociale a été remplacé par une visée d'autonomie et de responsabilisation individuelles, ont ainsi fait la part belle à un travail social basé sur les politiques « d'activation » autour de la notion de projet (Keller, 2011).

L'approche éthique de Ricoeur (1996) indique pourtant un objectif mettant au centre la justice : « une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes ». Les plus vulnérables doivent pouvoir s'appuyer sur des relations interpersonnelles et des *institutions justes*¹⁰ pour créer les conditions nécessaires à développer leur autonomie : oui, mais comment ?

¹⁰ Vivre bien ne s'exprime pas uniquement dans des relations interpersonnelles, mais s'étend à la vie des institutions qui structure le « vivre-ensemble ». Au niveau éthique,

3.3 Reconnaissance

La notion de reconnaissance (selon Honneth, 1996), explicite l'importance des rapports sociaux dans la construction de notre identité de sujet et d'acteur. Trois pôles de reconnaissance nécessaires à la conception de l'estime, la confiance et le respect de soi :

- la reconnaissance amoureuse, comprenant l'amitié et l'amour (y compris maternel) prévenant les atteintes psychophysiologiques ;
- la reconnaissance juridique, visant à faire valoir les droits qui nous sont attribués ;
- la reconnaissance culturelle, constituée de notre contribution, par nos activités individuelles, au sein de la société.

Partant de l'hypothèse que les personnes auxquelles s'adressent nos institutions sont victimes de déni de reconnaissance sur tout ou partie de ces pôles, comment penser l'accompagnement au rétablissement ? Comme l'affirme Blais (2004) : *« C'est dans la vie collective que les individus cherchent à comprendre les expériences éprouvantes, dont celle d'une identité disqualifiante, et à s'engager dans le processus de réparation et de restitution d'un statut de sujet et d'acteur »*.

4 Le travail social dans les addictions aujourd'hui

En 2016, la Confédération a adopté une nouvelle « stratégie addictions » (2017-2024) (OFSP, 2015). Elle demande une autonomisation des personnes et s'éloigne du paradigme paternaliste qui était celui des addictions au XX^e siècle. La consommation de psychotropes n'est plus vue comme un problème

cette primauté d'une structure du vivre-ensemble garanti une forme de pouvoir en commun, qui s'oppose à une forme de domination représentée par les contraintes liées au système juridiques et l'organisation politique.

« à priori », mais comme un enjeu social et sanitaire, qu'il convient de gérer au mieux pour favoriser la responsabilité, l'autonomie et le pouvoir d'agir de chacun. Cette perspective donne une place d'acteur aux usagers. Elle rejoint les revendications du mouvement des droits humains et de la réduction des risques.

Le paradigme de la responsabilisation et de l'autonomisation de chacun demande une action au niveau de l'environnement. Pour qu'il puisse prendre tout son sens, il faut des structures qui donnent une place à chacun, des institutions justes au sens de Paul Ricoeur (1996). L'inégalité des ressources rend indispensable une égalité d'accès à un socle minimum qui permet l'indépendance et la responsabilité. Les conditions d'exercice de la responsabilité individuelle ne sont pas garanties. Ici intervient la responsabilité collective, qui aménage les conditions d'expression de cette autonomie. Réaffirmer la centralité du travail social permet de le distinguer du curatif, du thérapeutique et des soins, qui concernent le médical et les institutions spécialisées dans le traitement à proprement parler.

Pendant longtemps, une certaine confusion a régné sur la réelle nature du travail thérapeutique interdisciplinaire. Aujourd'hui enfin, il semble que de nouvelles frontières se dessinent. Avec la médicalisation, les institutions prennent en charge la « maladie » addictive. La stratégie addictions et sa volonté d'autonomisation des usagers confient au travail social les conditions sociales qui permettent à la personne de retrouver sa capacité d'agir. Le médical est au centre du traitement de la souffrance psychique et physiologique. Il permet de gérer les difficultés du corps et de l'esprit pour dépasser les handicaps, parfois insurmontables. Le travail social est lui au centre du rétablissement, pour faire le lien avec l'ensemble de la société, pour promouvoir une vie « bonne » (Ricoeur, 1996) pour chacun d'entre nous. Il détient les ressources pour que l'entier du réseau se convertissent avec et pour autrui en institutions justes, et offre une reconnaissance sociale, au-delà de la réhabilitation et du traitement.

5 Sur le terrain

En quittant l'ambition strictement thérapeutique, le travail social peut se redéployer aux carrefours des institutions et des interactions sociales. Il facilite le rétablissement de chacun, par une action sur l'environnement et les conditions-cadres qui permettent l'expression de cette autonomie que demande la *Stratégie Addictions*. Au-delà de la question des addictions, le travail social acquiert une nouvelle dimension transversale au cœur du dispositif.

5.1 Le housing first à la Fondation du Levant « D'abord chez soi ! » :

Parmi les populations sans domicile fixe, celles confrontées à des problèmes de dépendances sont particulièrement vulnérables et le risque d'une exclusion est grand. Le modèle du *housing first*, élaboré par Sam Tsemberis ((Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004), favorise leur retour et leur maintien au logement. En offrant un accès bas-seuil et une sécurité résidentielle, ainsi qu'un accompagnement adapté, ce modèle apparaît comme un levier d'intégration.

Avec son projet « D'abord chez soi ! », la Fondation du Levant à Lausanne s'inscrit dans le modèle du *housing first* : un accès durable et stable au logement sans exigences préalables, favorisant l'autonomie dans une perspective de rétablissement. L'accompagnement devra ainsi se décliner, compte tenu des besoins des bénéficiaires et de leurs demandes, selon des modalités et des objectifs distincts. Il s'agira, par exemple, de travailler sur les habiletés sociales, sur l'importance de nouer des relations correctes avec le voisinage, de respecter les libertés de chacun. L'interdisciplinarité est inscrite au cœur du projet afin de garantir à ses locataires une sécurité résidentielle.

Si le rétablissement constitue le premier pilier sur lequel repose « D'abord chez soi ! », la réduction des risques en est le second. Elle est la condition sine qua non d'un accès et d'un maintien au logement pour des personnes en situation de consommation active. Au-delà, la réduction des risques constitue un moyen destiné à préserver le capital santé des locataires consommateurs. Dans

le cadre de la réduction des risques, les intervenants de « D’abord chez soi ! » s’inscrivent dans l’interdisciplinarité et la complémentarité des offres.

Ses interventions au profit des locataires de « D’abord chez soi ! » se déploient selon une double perspective : prise en charge des situations de crise, mais aussi chroniques. Dès sa phase d’élaboration, les responsables du projet « D’abord chez soi ! » ont cherché un ancrage interinstitutionnel auprès des différents acteurs sociosanitaires faisant partie du dispositif cantonal déjà existant.

Un autre volet important est la collaboration avec les propriétaires et gérants immobiliers. L’externalisation des risques, proposée par la Fondation du Levant — baux au nom de la Fondation, accompagnement social et administratif des locataires —, offre des garanties suffisantes pour que certaines gérances ouvrent leur parc de logements. Constituer un parc de logement, le maintenir et le renforcer vont toutefois dépendre de sa capacité de prévenir les risques ou d’y faire face. Le travail de médiation amène les intervenants régulièrement à intervenir auprès du voisinage. Il s’agit de pouvoir intervenir délicatement sans pour autant dévoiler la problématique (ceci afin d’éviter sa stigmatisation).

La capacité du locataire à s’approprier son logement est également un objectif essentiel. Dans cette perspective, l’accès et le maintien au logement apparaissent comme « la condition minimale de leur inscription dans la cité et par conséquent de leur participation sociale. En leur permettant de rester en contact avec leur société et en leur reconnaissant un statut de citoyen, leur lieu de résidence devient un sujet central de recouvrement identitaire et social » (Salignon, 2010). Si l’accès « à un logement adéquat et abordable établit les circonstances et/ou les opportunités d’accessibilité à d’autres supports formels et informels » (Baillergeau & Morin, 2008), encore faut-il que le locataire veuille ou puisse s’en approprier au préalable.

5.2 La citoyenneté comme axe de travail central à Rel’aids (VD)

Le Travail social a un rôle déterminant pour structurer des espaces collectifs qui permettent la création et le renforcement d’une identité collective partagée. Les personnes concernées font face à un jugement moral stigmatisant, qui peut les pousser en situation de marginalité. La mise à disposition d’espace

d'échanges entre pairs permettent le renforcement du groupe, la reconnaissance et la réapparition de sa propre identité. La responsabilité des pouvoirs publics est d'offrir les conditions-cadres qui permettent de donner du sens à son existence et ainsi renforcer le pouvoir d'agir.

C'est précisément cela que fait l'équipe du Rel'aids à Lausanne avec le projet « Maman de chocs », qui concerne les mères consommatrices de drogues. Stigmatisées, elles doivent faire face à de nombreux obstacles administratifs et sociaux. Par un travail de médiation et de mise en confiance de chacun, les travailleuses sociales du Rel'aids ont pu être acceptées par une communauté de femmes et construire un espace d'échanges qui a notamment débouché sur un film qui retrace la vie de mamans de chocs. Il a été présenté publiquement à plus de 50 reprises et donne l'opportunité aux personnes de témoigner. Par leurs expériences et la posture citoyenne de leurs interventions, elles contribuent à une meilleure compréhension des enjeux dans la société, à améliorer le dispositif, favorisant, dans le même temps leur parcours de rétablissement.

Le Rel'aids a mené avec succès un projet de communautaire : Radio FM-R. À l'origine, le Rel'aids a pu mobiliser un groupe d'utilisateurs pour participer à la conférence de *Harm Reduction International* en 2014. Lors d'échanges entre professionnels, ils ont procédé à plusieurs interviews. Ils ont ensuite monté une émission, qui donnait leur point de vue. Cela a permis à Radio FM-R de prendre conscience du rôle déterminant qu'ils pouvaient avoir. Ils avaient un avis à faire valoir et il pouvait apporter une plus-value à l'ensemble des participants. L'expérience s'est ainsi poursuivie, avec la production de plusieurs dizaines d'émissions, sur des thèmes variés¹¹. Au fil de leur engagement et de la reconnaissance acquise, ils sont sollicités pour des interventions dans les écoles sociales, dans les médias et dans les journées professionnelles. L'association Radio FM-R est maintenant soutenue par les pouvoirs publics pour leur apport au réseau.

¹¹ Les émissions peuvent être écoutées ici : <http://www.radio-fmr.ch/les-emissions>

5.3 Renforcer le pouvoir d'agir avec la Trampoline

Le centre à bas seuil d'accessibilité « Au Seuil » de la Fondation du Tremplin à Fribourg, a pour mission le maintien du lien social et la réduction des risques en matière de consommation¹². La structure a instauré récemment une gestion de la consommation d'alcool à l'intérieur. Le lien éducatif s'est apaisé, resserré et nous avons davantage de temps pour accompagner les personnes.

La poursuite de ce processus s'est ensuite imposée, à savoir prendre le contrôle de toute la chaîne, y compris la production. Un artisan brasseur a relevé le défi de ciseler une bière avec la participation des usagers. La *Trampoline* voit le jour. Pour nombre d'entre eux, le mode de consommation a changé. Nous visions un renforcement de leur citoyenneté, une plus grande normalité dans leur rapport au lieu et un respect accru envers eux-mêmes et leur environnement. Certains usagers font état d'une amélioration de leur image, d'une gestion de leur consommation par l'alternance de Trampoline et de bières plus fortes. Un levier de discussion avec eux s'ouvre par le biais du concept de « plaisir ». La Trampoline est sollicitée dans des lieux d'accueil, type bistro social ou centres socioculturels. Ils sont devenus consom'acteurs, puis vrais producteurs dans l'économie libre. Mais que faire du bénéfice ? Une partie va pour l'autofinancement du projet, mais il reste toujours une somme. Plusieurs fois dans l'année, les brasseurs attribuent un don citoyen.

Ce projet interroge nos valeurs sur des questions de citoyenneté et d'éthique, d'exclusion-inclusion, de droits humains ou de réduction des risques. La Trampoline oblige à répondre de nos interventions face aux pouvoirs publics, nos partenaires institutionnels et au grand public en dépassant les fausses croyances et certaines certitudes parfois moralisantes. Peut-être même que

¹² La Loi fédérale sur les Stupéfiants autorise l'utilisation, entre autres, de local de consommation sécurisée. Leur mise en œuvre est cantonale. Fribourg est un des cantons qui n'a pas recours à cet outil et a mis l'accent sur la réduction des risques sociaux.

cette dynamique d'intervention pourrait être transposée pour d'autres produits pour garantir une qualité du produit et responsabiliser les consommateurs, qui sait ?

5.4 Un service social «outreach» au Tremplin (Fr)

Après une période « tout résidentiel », le canton de Fribourg, a mis en place et favorisé des prestations ambulatoires diversifiées dans les domaines psychomédicaux et sociaux. Ce changement provoque une arrivée dans les centres résidentiels d'une majorité de personnes très fragilisés. Pour eux, le travail classique d'insertion socioprofessionnel, est devenu rare tant les situations sont difficiles et le seuil d'accès élevé. La coopération entre les différents services ambulatoires médicaux, psychiatriques et sociaux doit alors dépasser les clivages et l'approche du travail en « silos » ainsi que se considérer comme partie prenante d'un dispositif pluridisciplinaire. Elle est souvent mise à mal par la concurrence de fait entre l'ambulatoire et le résidentiel.

Les professionnels du Service Social du Tremplin (SST) ont vécu ces cinq dernières années une mutation de leur posture ainsi qu'une adaptation de leurs prestations. En effet, les quelques deux-cents personnes recourant aux prestations ont vu leur situation se précariser fortement. Leur principal obstacle pour faire valoir leurs droits réside dans la consommation de produits illégaux. Quant aux assistants sociaux, ils naviguent de plus en plus dans ce que l'on pourrait appeler une « zone grise » administrative. Les personnes en situation d'addiction ne remplissent ainsi pas toujours l'entier des critères nécessaires à l'attribution de prestations voire présentent même des caractéristiques les excluant. Ils entrent alors dans une « zone grise », un vide incompréhensible pour les personnes vulnérables qui les marginalise et met en exergue leurs incapacités.

Pour relever ce défi, les professionnels ont adopté une posture « *outreach* ». Les notions d'accueil sans discrimination, d'accompagnement, de travail en réseaux et de défense des droits doivent être prises en comptes. Il s'agit d'apporter les prestations sur site et à en baisser le seuil d'accès. Concrètement, les professionnels interviennent hors murs. Ils rencontrent les bénéficiaires lors des trois permanences hebdomadaires d'information et de conseil social et

participent activement à tous les réseaux où ils soutiennent les personnes vulnérables.

Cette posture prend ses racines dans les notions de rétablissement et de la réduction des risques. Fins connaisseurs des différents réseaux et ressources, les travailleurs sociaux sont amenés à faire ce que les autres ne font que peu et à inventer des solutions. Ils endossent alors des identités symboliques de passeurs et de médiateurs au sein de cette aventure en zone grise. Sur le plan structurel, ils adaptent au mieux les prestations pour chaque situation complexe et visent la dignité, l'augmentation de la capacité d'agir, l'amélioration du vivre ensemble et celle de la qualité de vie.

5.5 Redécouvrir les prestations orphelines à Argos (Ge)

L'association Argos, active à Genève, offre deux pôles résidentiels distincts. L'un propose de courts séjours pour expérimenter une non-consommation et de définir sa future orientation et l'autre de longs séjours, pour consolider sa démarche d'abstinence ou de consommation non problématique. D'autre part, l'association dispose d'un secteur ambulatoire, d'un centre de jour pour accueillir toutes demandes d'orientation, de soutien, et d'ateliers. Toutes ses actions s'articulent dans un travail de réseau, médical, pénal et social du canton. Le pôle « travail », soutient les personnes grâce à des ateliers favorisant et mobilisant les compétences afin de permettre de se réorienter dans le monde du travail ou de la formation professionnelle, en étroite collaboration avec tous les services ou institutions concernés.

Les principaux enjeux actuels sont de pouvoir maintenir cette offre de type social en concurrence avec les prestations médicales. Il faudrait repenser l'organisation « interdisciplinaires » avec un système de financement mixte. Donnant la possibilité aux personnes de bénéficier de toute la palette d'offres médico-psycho-sociales nécessaire au meilleur rétablissement. Autre enjeu lié, sa coordination et sa planification. Un observatoire des usages de produits serait un atout dans ce sens pour mieux piloter les réponses.

Argos offre également un accompagnement administratif pour toute personne souffrant d'addiction en situation de précarité. Dans la perte de contrôle, c'est

le premier élément qui est abandonné et qui aggrave singulièrement la situation de la personne. Elle est d'autant plus importante, que le sujet « s'éloigne » davantage de cette réalité citoyenne, pour concentrer toute son énergie vitale à survivre. Démêler une situation administrative, juridique, ou financière, participe au renforcement de sa propre estime.

L'offre peut aussi s'exercer, par un accompagnement administratif. Elle soulage les services surchargés, et permet une forme de substitution institutionnelle. L'innovant pourrait s'apparenter à des prestations orphelines : celles que personne n'accueille en raison de contraintes économiques, politiques ou administratives. Ces prestations viennent combler les manques de notre dispositif complexe difficile à « gérer » pour ses usagers. C'est le rôle du travailleur social de se préoccuper de garantir que les institutions soient vécues comme des « institutions justes ». C'est par l'accès à un environnement favorable au rétablissement que le travail social contribue à la « vie bonne ». Les professionnels ne sauraient se responsabiliser dans le parcours de rétablissement, qui appartient en à la personne, mais il trouve son rôle dans l'amélioration des conditions-cadres, intégrées au cadre éthique lié aux droits de l'homme. Ainsi, une zone d'intervention centrée sur l'accès aux soins et le droit aux prestations sociales verrait le jour. Le travailleur social devient le « garant » d'une bonne conduite administrative des droits fondamentaux de la personne en situation de vulnérabilité.

5.6 Le rétablissement et les nouvelles pistes d'action romandes

Les quatre dimensions du concept de rétablissement (Provencher, 2002) — « redéfinition et expansion de soi », « positionnement face à l'espace et au temps », « pouvoir d'agir » et « ressources environnementales » — nous permettent de dessiner les contours des nouvelles formes du travail social.

La représentation de soi et le déploiement d'une capacité à se penser de manière dynamique se heurtent sur la stigmatisation, qui l'impacte négativement, raison pour laquelle se développe la notion de bas-seuil. En évitant de poser trop de conditions à l'entrée, la personne peut se sentir reconnue dans son

humanité et sa totalité, au-delà de tout « dossier » ou de tout « objectif thérapeutique ». Faire une place inconditionnelle à la personne, pour la laisser se projeter vers l'avant, fait partie des éléments centraux du rétablissement.

Le positionnement dans l'espace et le temps permet de retrouver une posture citoyenne dans la société, et d'exister à part entière, avec son identité propre et ses revendications. L'affirmation de soi permet de prendre conscience du fait que la personne n'est pas seule avec sa problématique, mais que beaucoup de monde peut être concerné. C'est là que réside l'intérêt du travail entre pairs, qui peuvent se reconnaître dans des expériences communes et ainsi se positionner de manière collective face à l'extérieur. La force de la communauté se trouve justement dans ces liens qui nous unissent dans une compréhension des enjeux.

Retrouver sa capacité d'agir implique de pouvoir se projeter dans une activité utile pour soi et pour les autres, afin de prendre sa place et bénéficier de la reconnaissance d'autrui. Ce besoin de maintenir cette opportunité d'utilité sociale peut être troué par d'innombrables problèmes concrets, aussi bien administratifs que juridiques. Le travailleur social doit alors accompagner la communauté dans la réalisation de projets, dans un partenariat constructif et horizontal.

Finalement, il est nécessaire de mobiliser les ressources de l'environnement. Celui-ci se comprend au sens large, que cela soit le réseau familial, professionnel ou autres, que les aléas de la vie peuvent parfois perturber. Il faut dégager la route pour mobiliser ces ressources et faire le lien avec les institutions, les pairs et les proches.

6 Conclusion

La politique des quatre piliers a vu le jour dans les années 1990, alors que la société percevait encore les drogues illégales comme un fléau dont il fallait se débarrasser. Près de 30 ans plus tard, le regard que nous portons sur ces questions a bien changé. L'approche transversale à tous les produits est devenue le cadre officiel de la Confédération, à l'image de nombreuses institutions et de

plusieurs cantons. Les mutations sociales ont également modifié notre rapport à la précarité, qui n'a cessé de progresser dans certaines catégories de la population. Malgré ces changements fondamentaux, nos modèles conceptuels restent les mêmes et nous réfléchissons toujours avec nos mêmes quatre piliers.

L'architecture en a été transformée. Dans le cadre du traitement, l'arrivée de la médecine et la psychiatrie ont bouleversé les pratiques. Il en ressort des offres plus robustes que par le passé, et un financement des prestations via l'assurance maladie de base, ce qui est assurément un grand succès. Par contre, cela a profondément changé la nature du travail social dans le domaine des addictions. En Romandie, où les institutions médicales sont fortes et la tradition de santé publique importante, de nombreuses offres nouvelles ont vu le jour et le réseau s'est reconstitué autour de ces pôles sanitaires. Parallèlement, la région peut aussi s'appuyer sur des politiques sociales ambitieuses. Cela a permis de conserver une offre de proximité à vocation sociale, au cours de la restructuration du pilier « traitement », et ainsi de trouver sa place dans un réseau renouvelé.

La médecine soigne. Elle permet aux usagers de renforcer leurs santé physique et psychique. Le travail social consolide le lien entre la personne et la société. Il mobilise ses ressources pour une « vie bonne », « pour et avec les autres » (Ricoeur, 1996). Pour que les personnes puissent s'exprimer, il faut qu'elle soit en situation de la faire, dans son corps et sa tête. Mais la personne doit aussi trouver sa place dans la société, au sein d'« institutions justes » (Ricoeur, 1996), et c'est là le travail du professionnel du social. Les deux sont absolument nécessaires et indissociables, mais ils ne doivent pas être confondus. Le modèle du rétablissement ouvre de nouvelles perspectives, sur lesquelles s'appuient aujourd'hui nos pratiques. Nous devons nous éloigner de la vision linéaire qui voit l'addiction comme un processus, avec des étapes qui se succèdent. Le rétablissement se conçoit comme un cheminement perpétuel, qui nous concerne tous, usagers, proches et professionnels. Toutes ses dimensions doivent être traitées de front et aucune ne saurait prendre le pas sur une autre.

Il est temps de passer à une nouvelle vision, plus globale, qui reflète ces changements. Posons la question du nouveau conceptuel, pour faire ressortir la

spécificité et la centralité du travail social. À l'image d'un chauffeur de taxi, le travailleur social accompagne la personne vers les différentes ressources de la ville. Sans lui, les parcours peuvent devenir insurmontables. Il est le garant de la cohérence du tout, celui qu'on ne va pas forcément remarquer en premier, mais sur les épaules de qui tout repose. Il est temps de lui rendre justice et de rajouter un cinquième pilier à notre modèle, celui de l'autonomie, qui permet à chacun d'exister dans des conditions dignes, favorables au rétablissement et de profiter d'une qualité de vie. Ce cinquième pilier doit nous permettre de dépasser la tendance de mettre les gens dans ces cases, pour promouvoir chez chacun le pouvoir d'agir. Nous devons aider à mobiliser les ressources nécessaires pour retrouver un sens de l'utilité sociale et une citoyenneté partagée, qui offre une place pour la différence et transforme la capacité d'agir de chacun. La nouvelle politique en matière, prônée par la Stratégie Addiction, se doit de mettre au centre sur cette contribution déterminante du travail social. Alors, nous nous donnerons les moyens de réaliser l'objectif défini : favoriser l'autonomie des personnes.

Bibliographie :

Blais, L. (2004). Construire l'Autre comme semblable. In F. Saillant, M. Clément & C. Gaucher (Dir), *Identités, vulnérabilités et communautés* (pp. 105-124), Québec : Editions Nota Bene.

Baillergeau, É., & Morin, P. (2008). *L'habitation comme vecteur de lien social* (Presse de l'Université du Québec, Vol. 36). PUQ.

Castel, R. (2005). Devenir de l'État providence et travail social. In J. Ion (Dir.), *Le travail social en débat(s)* (pp. 27-49). Paris : La Découverte.

Ehrenberg, A. (2004), Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, 1, 77-88.

Honneth, A. (1996). Reconnaissance. In M. Canto-Sperber (Dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (pp. 1640-1647). Paris : P.U.F, 20013 (1996), p.1640-1647.

Keller, V. (2011). Défendre le travail social ou défendre la justice sociale. *Actualités sociales*, 30, 2-4.

Kovess-Masféty, V. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris : La Documentation française.

Linder, A., Bussy, Y. (2014). « Guérison et dynamique du rétablissement ». *Santé mentale*, 191, 44-49.

Gira, E. & Morel, A. (2010). Psycho-éducation. Les thérapies psycho-éducatives, cognitives et émotionnelles. In A. Morel (Dir.), *L'aide-mémoire d'Addictologie* (pp. 286-294). Paris : Dunod.

Nicolescu, B. (1996). *LA TRANSDISCIPLINARITE. Manifeste*. Paris : Éditions du Rocher.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) Division Programmes nationaux de prévention. (2015). Stratégie nationale Addictions 2017–2024. Confédération Suisse. Consulté à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/strategie-sucht/strategiedokumente/strategie-sucht.pdf.download.pdf/Strat%C3%A9gie%20nationale%20Addictions.pdf>

Osborne, D. (1993). Reinventing government. *Public productivity & management Review*, 349–356.

Pattaroni, L. (2005). « Le Care est-il institutionnalisable? Quand la “politique du care” émousse son éthique ». In P. Paperman & S. Laugier (éds), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 177-200). Paris : Éditions de

l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Provencher, H. (2002). « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques ». *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 35-64.

Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Salignon, B. (2010). *Qu'est-ce qu'habiter?* Paris : Éditions de la Villette.

Tharin, A. (2015). Complémentarité et articulation des approches médico-sociales dans le champ des addictions : analyse des pratiques de 9 intervenants du réseau vaudois et de leurs perceptions du rapport de partenariat, Travail de mémoire effectué dans le cadre du Master of Advanced Studies en action et politiques sociales, Lausanne, Haute école de travail social et de la santé – EESP

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.