

« Pendant que le jeune avance en Ferrari, les parents avancent en 2 CV ! » (Eggimann, 2018)

La collaboration entre les travailleurs sociaux et les proches des personnes souffrant d'addictions en institution

Réalisé par : SAVOY Nadia
ERISMANN Marine

Promotion : Bac ES 16 PT

Sous la direction de : DELEZ Marie-Luce

Sierre, 25 septembre 2019

Remerciements :

Nous souhaitons remercier les personnes sur lesquelles nous avons pu compter tout au long de ce travail de Bachelor. Merci pour le soutien, les encouragements et les conseils.

Plus particulièrement, nous remercions :

- ∂ Madame Marie-Luce Délez, notre directrice de travail de Bachelor pour son aide précieuse
- ∂ Monsieur Eggimann Willy, notre expert lors de la soutenance finale
- ∂ Les parents, les conjoints et les enfants que nous avons eu la chance de rencontrer pour les entretiens
- ∂ Notre correctrice Nicole pour ses précieux conseils
- ∂ Notre famille et nos amis pour leur compréhension, leur patience et leurs encouragements.

Merci !

Note :

Afin de rendre la lecture de ce travail plus agréable et fluide, nous avons utilisé le genre masculin. Cependant, il englobe autant le genre féminin que masculin.

Déclaration :

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leurs auteures. Nous certifions avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources telles que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteures, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. Nous assurons avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. »

Résumé :

Durant nos premières années d'études, nous avons remarqué qu'il est parfois difficile pour les institutions de collaborer avec la sphère familiale des personnes souffrant de toxicomanie. Le système familial peut se révéler complexe. Il peut donc être source de tensions de s'imposer dans les relations familiales.

La problématique de l'addiction n'est pas centrée uniquement sur la consommation mais elle peut être due à un contexte environnemental et familial délicat. En Suisse, nous disposons d'un système pour la promotion de la santé qui est bien construit. De plus, les institutions disposent d'une prise en charge individualisée en fonction des besoins de chaque individu. Cependant, nous pensons que les familles se sentent tout de même exclues de ce processus et qu'elles désirent être plus impliquées dans celui-ci.

Mots clés :

Addiction, dépendance, toxicomanie, processus de sevrage, systémie, famille.

Liste des abréviations :

ACRDQ	Association des Centres de Réadaptation en Dépendance du Québec
ANPAA	Association Nationale en Alcoologie et Addictologie (Suisse)
APCD	Association valaisanne des Personnes Concernées par les problèmes liés à la Drogue
CAP	Centre d'Aide et de Prévention
CIM	Classification Internationale des Maladies
COFF	Commission Fédérale de Coordination pour les Questions Familiales (Suisse)
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
FAPEO	La Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel (Suisse)
HES	Haute École Spécialisée (Suisse)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques (France)
LSD	Diéthyllysergamide
LStup	Loi sur les Stupéfiants (Suisse)
LVT	Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (Suisse)
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique (Suisse)
PEPS	Programme Expérimentée de Prescription de Stupéfiants (Suisse)
TDAH	Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité
TFM	Thérapie Familiale Multiple

Table des matières

Partie I : Objectifs de la recherche	9
1.1 Expériences personnelles et professionnelles	10
1.2 La famille comme pilier sécurisant et motivateur dans le processus de sevrage d'un proche	11
1.3 Le lien entre les Rives du Rhône et la famille du résident	11
1.4 Question de recherche	12
1.5 Les hypothèses	13
1.6 Les principaux objectifs	13
 Partie II : Addiction et intégration des familles dans le processus éducatif au sein des institutions	 15
2.1 L'addiction	16
2.1.1 Distinction entre dépendance et addiction	16
2.1.2 Les risques de devenir dépendant	17
2.1.3 Les différents types de dépendance	18
2.1.4 Les stades de développement d'une dépendance	18
2.1.5 Quand commence la dépendance	19
2.1.6 Les motivations à consommer des psychotropes	19
2.1.7 Les différentes drogues	20
2.1.8 Les substances addictives	21
2.1.9 La consommation de drogues en Suisse	21
2.1.10 Les conséquences néfastes selon les produits consommés	21
2.2 Le sevrage	23
2.2.1 Symptômes de sevrage	24
2.2.2 Sevrage ou substitution ?	24
2.2.3 Les traitements de substitution	25
2.2.4 Sevrage à sec	26
2.2.5 La sortie de la toxicomanie : les 3 types de cessations	26
2.2.6 Les 4 étapes de la sortie de la toxicomanie	26
2.3 La politique internationale de la Suisse en matière de drogue	27
2.3.1 Loi Fédérale sur les Stupéfiants et les Substances Psychotropes	27
2.3.2 Le modèle des 4 piliers	28

2.4 L'éducation spécialisée	29
2.4.1 Rôle de l'éducateur social	29
2.4.2 Qu'est-ce qu'éduquer ?	30
2.4.3 Les étapes du processus éducatif : l'exemple des rives du Rhône	32
2.4.4 Le rôle de l'éducateur dans un foyer pour toxicomanes	34
2.4.5 L'intervention sociale en six points	34
2.5 La famille, des personnes réunies par un lien de parenté	35
2.5.1 La famille, un soutien pertinent dans l'accompagnement	36
2.5.2 La collaboration avec les proches	36
2.5.3 Quels rôles pour les proches ?	37
2.5.4 La famille, une actrice privilégiée dans la prise en charge et la lutte contre la toxicomanie	39
2.5.5 Un groupe de soutien pour les proches	39
2.5.6 La toxicomane et ses parents	40
2.6 Synthèse de la partie théorique	40
 Partie III : Entretiens avec des proches de la toxicomane	 41
3.1 Entretiens avec cinq proches de personnes ayant souffert de toxicomanie	42
3.1.1 Avantages et inconvénients des entretiens semi-directifs	42
3.1.2 Échantillon	43
3.1.3 Éthique	43
3.1.4 Contexte des entretiens	43
 Partie IV : Analyse des données et des résultats des entretiens	 45
4.1 L'intégration des proches dans le processus de sevrage d'une personne souffrant de toxicomanie	46
4.2 Les souhaits des familles	49
4.2.1 La communication	50
4.3 L'intégration des familles : frein ou facilitatrice	50
4.4 Le cheminement des personnes en institution et celui de leur proche	51
4.5 Synthèse des résultats	52
4.5.1 Première hypothèse	52
4.5.2 Deuxième hypothèse	54
4.5.3 Réponse à la question de recherche	54

Partie V : Conclusion 57

5.1 Les limites de notre recherche	58
5.2 Émergence de nouvelles questions	59
5.3 Bilan personnel et professionnel	59
5.4 Propositions concrètes pour le terrain	59
5.5 Conclusion	61
5.6 Bibliographie	62

Liste des tableaux

Tableau 1 : Facteurs de risques pharmacologiques et sociaux des psychotropes	20
Tableau 2 : Les différents produits de dépendance	22
Tableau 3 : Drogues et toxicomanie : les traitements de substitutions de la toxicomanie	25
Tableau 4 : Les différentes approches, principaux modèles	38
Tableau 5 : La population interviewée	43

Plan de travail

Le but de cette recherche est, par le biais de concepts théoriques et d'analyse d'entretiens, de vérifier les hypothèses que nous avons posées. En allant à la rencontre de cinq familles, nous allons pouvoir comprendre de quelle manière les familles souhaitent être incluses ou si elles sont exclues dans le processus éducatif de leur proche.

La thématique que nous allons approfondir est celle des conduites addictives et du rôle de la famille dans le processus de sevrage des personnes souffrant d'addiction et vivant en institution. Ainsi, ce travail est divisé en 4 parties. La première partie introductive tourne autour du choix de notre thématique ainsi que de la question de recherche, de la problématique à laquelle nous voulons répondre, de nos hypothèses ainsi que de nos objectifs.

Dans la deuxième partie, vous allez découvrir un bloc de notions théoriques qui nous paraissent pertinentes à la compréhension de cette thématique.

Pour poursuivre, la troisième partie est composée d'une analyse empirique et de la retranscription des résultats de cette recherche auprès de la population visée.

Pour terminer, vous retrouverez la partie conclusive. Ainsi, vous allez découvrir ce que nous avons pu apprendre de ce travail de recherche et les pistes d'actions que nous pouvons proposer suite à nos observations.

Partie I : Objectifs de la recherche

1.1 Expériences personnelles et professionnelles

Marine :

Ma motivation pour travailler sur ce thème découle de plusieurs expériences. La première est une expérience personnelle. Dans ma sphère familiale, il y a eu une personne dans une situation d'addiction, pour qui malheureusement la rechute a été fatale. Cette situation m'a beaucoup fait réfléchir et cette thématique me tient à cœur.

De plus, je souhaite pouvoir travailler avec des personnes qui souffrent d'addiction, plus précisément avec des personnes en situation de sevrage. Cette démarche de recherche sera pour moi un outil de compréhension de différentes thématiques, tel que l'addiction et des pistes d'actions pour mon futur.

J'ai également un intérêt pour l'approche systémique que nous avons abordé durant notre formation HES. L'individu fait partie de plusieurs systèmes, il me paraît important de prendre en compte les situations de manière globale. J'ai beaucoup apprécié ces cours et j'ai envie de pouvoir approfondir cette notion en lien avec l'addiction. Je pense qu'en tant que future travailleuse sociale, il est important de pouvoir avoir une vision plus globale et prendre en compte les différents systèmes et non l'individu uniquement. J'ai trouvé les concepts très pertinents et je me suis sentie à l'aise avec les notions.

Pour terminer, je parlerai de mes valeurs. Personnellement, j'ai la chance d'avoir un noyau familial bien soudé. La valeur de la famille est pour moi une notion importante. Je peux aussi ajouter que certaines des motivations que j'ai citées se rapprochent de celles de ma collègue. C'est pour cela que nous avons fait le choix de travailler ensemble sur cette thématique qui nous tient à cœur.

Nadia :

Dès l'âge de 16 ans, je me suis intéressée au domaine de la toxicomanie sans avoir une raison particulière ou une expérience dans ce domaine. J'ai donc réalisé un stage dans un foyer pour toxicomanes durant 10 mois. Depuis là, j'ai voulu en savoir plus sur l'addiction et je souhaiterais me tourner vers ce domaine après mes études. C'est pourquoi j'ai décidé de réaliser un travail de Bachelor sur ce thème.

Après avoir listé plusieurs questions de recherche, je me suis intéressée à la systémie car j'avais beaucoup apprécié les cours sur ce sujet. Selon moi, il est primordial d'intégrer la famille et les proches dans le processus de sevrage des personnes ayant une dépendance. J'aimerais savoir comment, en tant que future travailleuse sociale, je peux accompagner ces personnes en incluant leur famille au processus.

Cette thématique est en lien avec mon histoire de vie. Mon frère, ayant un Trouble de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH), a réalisé 4 ans de scolarité dans une institution pour des enfants ayant des problèmes de comportements et de scolarité. J'ai trouvé que le lien entre lui, son éducateur et mes parents était très bénéfique pour l'équilibre de mon frère. Je trouve qu'il est indispensable de collaborer avec la famille afin que celle-ci puisse accompagner la personne dans son processus de changement et qu'ensuite, les proches puissent prendre le relais lorsque la personne s'insère dans la société.

1.2 La famille comme pilier sécurisant et motivateur dans le processus de sevrage d'un proche

Lors d'un stage dans un foyer pour toxicomanes (Rives du Rhône, Sion (Valais), il a été observé que la famille pouvait être un pilier sécurisant et motivateur pour accompagner la personne dans son processus de sevrage. Cependant, quand les proches sont contre le système éducatif, cela "pouvait" dissuader la personne en dépendance à suivre de manière adéquate le processus de guérison. Nous nous sommes rendu compte que dans cette institution, le lien est encore présent entre le résident et sa famille. Notre engagement dans ce travail de Bachelor est donc d'analyser, à travers des entretiens avec les familles, si elles se sentent exclues ou non dans le processus éducatif et comment les y intégrer si elles le désirent.

1.3 Le lien entre les Rives du Rhône et la famille du résident

Premièrement, et pour comprendre comment la collaboration avec les familles se fait sur le terrain, nous avons effectué un entretien téléphonique avec Mr Eggimann Willy (Eggimann, 2018), un éducateur travaillant aux Rives du Rhône. Cet entretien téléphonique avait pour but de mieux comprendre comment les institutions collaborent avec les familles. Nous constatons que le lien entre le jeune et sa famille est différent à chaque étape de la cure. La famille est intégrée au processus de sevrage de manière progressive.

Au départ du processus, la famille est invitée à la visite de préadmission avec le jeune, le juge et l'assistant social. C'est un premier contact important qui permet de créer un premier lien avec l'éducateur référent. Ensuite, au cours des trois premiers mois, le lien est coupé entre le jeune et sa famille. Il n'y a donc aucun contact possible. Cette coupure a pour but d'aider le jeune à se centrer sur lui-même (oublier les conflits familiaux, famille fusionnelle). Puis, une fois les 3 premiers mois passés, si le jeune en fait la demande, les parents sont invités à venir une demi-journée pour voir leur enfant. Lors de cette deuxième rencontre, un éducateur est présent, puis en fin de journée, il effectue un bilan avec le jeune et ses parents.

Du premier jour à la première initiation :

Depuis le 1^{er} jour de l'entrée en institution jusqu'à la 1^{ère} initiation (séjour de rupture), il n'y a plus du tout de contact avec la famille pour les personnes majeures.

La 2^{ème} initiation :

C'est seulement après la 2^{ème} initiation que le jeune peut visiter sa famille avec la présence de son parrain (jeune plus âgé dans le processus de la cure qui lui a été désigné comme parrain).

Puis la reconstruction du lien se déroule lors d'une visite en présence des parents, du jeune et de l'éducateur, pour poser les problèmes passés (reproches du jeune envers ses parents, reproches des parents envers leur enfant, manque d'affection ...) pour ensuite repartir sur des bases plus saines. Ces visites se déroulent une fois par mois.

La 3^{ème} initiation :

Lors de la dernière phase, le jeune peut aller voir ses parents de manière autonome et régulière. Ainsi, il peut commencer son processus d'insertion (stage, apprentissage) dans la société, tout en restant au foyer ou dans l'appartement qui se situe à côté.

Durant toute la période de la cure, les éducateurs gardent toujours un contact avec la famille et lui donnent des informations brèves sur leur enfant (qu'il n'y a pas eu de fugue, pas de suicide, qu'il est en "bonne santé"). Ce contact permanent se veut rassurant envers les familles sur la prise en charge de leurs fils.

Pendant que le résident avance dans sa cure de sevrage, les parents sont orientés vers des groupes de parole afin qu'ils puissent aussi avancer de leur côté. Cependant, une phrase de l'éducateur Willy nous a interpellées.

“Pendant que le jeune avance en Ferrari, les parents avancent en 2 CV” (Eggimann, 2018).

Cette citation illustre bien le décalage de l'accompagnement entre la personne en cure et son entourage.

Le bénéficiaire a la possibilité d'avancer de son côté de manière bien soutenu par des thérapies de groupe, des thérapies individuelles, des moments de spiritualité, des ateliers (sculpture, vitrail, enluminure, jardin, aikido ...). Les professionnels qui travaillent en collaboration avec lui sont nombreux.

Cependant, nous pouvons observer que les familles ont peu de contact avec la personne en sevrage. Comme le dit Mr Eggimann : *« ils ont chacun un rythme différent »* (Eggimann, 2018).

En effet, le jeune en sevrage a la possibilité d'avancer de son côté, entouré de professionnels et de pairs-aidants, tandis que les parents, eux, avancent sans accompagnement officiel.

1.4 Question de recherche

Selon diverses études, la famille joue un rôle crucial dans la prise en charge des personnes institutionnalisées pour des problèmes d'addictions. Ces différentes lectures, recherches et entretiens exploratoires suggèrent la problématique des familles en retrait dans le processus de prise en charge des personnes toxicomanes. Par conséquent :

« Quelle place la famille occupe-t-elle dans le processus éducatif d'une personne souffrant d'addiction en cure de désintoxication au sein d'une institution ? ».

Plus précisément : *« Comment pouvons-nous, en tant que travailleurs sociaux, accompagner la famille à devenir partenaire dans le processus de sevrage de leur proche ? De quelle manière le travailleur social doit-il collaborer avec les proches du bénéficiaire et quelles sont les limites de cette approche ? »*

1.5 Les hypothèses

Suite à nos différentes recherches et nos expériences personnelles, nous pouvons émettre deux hypothèses :

- **La famille de la personne toxicomane se sent mise à l'écart du processus d'accompagnement au sein du foyer de désintoxication.**
- **La famille de la personne toxicomane désire participer au processus d'accompagnement de la cure de désintoxication de leur enfant.**

1.6 Les principaux objectifs

Nous pouvons définir quelques objectifs pratiques et réalisables en lien avec notre question de recherche.

Objectifs personnels

- Effectuer un travail de recherche afin de mieux comprendre les thématiques de l'addiction et de la systémie.
- Le travail en duo permet de s'axer sur des domaines plus spécifiques.
- Rencontrer des personnes du terrain et ainsi créer un réseau dans le domaine du social.

Objectifs du TB

- Rencontrer des familles pour comprendre quels sont leurs besoins vis-à-vis de leur proche en souffrance.
- Effectuer des entretiens qui nous permettent d'aller plus en profondeur dans nos réflexions.
- Vérifier le fondement de nos hypothèses en analysant les résultats de nos entretiens par rapport à nos éléments théoriques.

Notre recherche a plusieurs buts :

- Démontrer l'importance de l'implication des familles dans le processus de sevrage en institution.
- Démontrer que la collaboration entre les professionnels du travail social et les familles est importante pour la réussite du processus.

Partie II : Addiction et intégration des familles dans le processus éducatif au sein des institutions

Afin de répondre à la question de recherche, deux concepts théoriques sont analysés. En premier lieu, le thème de l'addiction avec précisément la distinction entre l'addiction et la dépendance, les risques de dépendance au produit, les différentes drogues et leurs effets ainsi que le sevrage et la politique des 4 piliers sont analysés. Deuxièmement, le thème de l'éducation spécialisée avec le rôle de l'éducateur en institution, la définition de la famille et comment le travailleur social peut collaborer avec les proches sont traitées dans le chapitre suivant.

2.1 L'addiction

Selon l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP, 2018), l'addiction est « *une maladie qui se caractérise par des comportements compulsifs qui persistent malgré les conséquences graves pour la santé et la vie sociale des individus concernés et de leur entourage* ».

Selon le psychiatre Claude Olivenstein, spécialiste dans le traitement de la toxicomanie, l'addiction se définit comme la rencontre d'un individu avec un produit à un moment donné (Hautefeuille & Olivenstein, 2011, p. 9). Dans la même idée, l'OFSP décrit l'addiction comme un phénomène biopsychosocial, dont les composantes sont : « *à la fois biologiques, psychologiques et sociales* » (OFSP, 2018).

L'addiction apparaît suite à des prédispositions individuelles mais aussi à des facteurs sociétaux (entourage personnel, situation professionnelle et financière, perception culturelle des substances considérées, accessibilité de ces substances, etc.). « *C'est un phénomène que l'on observe chez des personnes de tous âges et de tous horizons culturels ; il se caractérise par des comportements compulsifs qui persistent malgré les conséquences graves pour la santé et la vie sociale des individus concernés et de leur entourage* » (OFSP, 2018).

De plus selon Loonis (2001, p.9) : « *Les addictions ne sont pas réductibles au strict rapport addictif entre un organisme et une substance (...) Les facteurs environnementaux ont une influence cruciale sur le comportement addictif, influence non seulement sur l'initialisation du comportement ou la tendance à la rechute, mais aussi sur le besoin compulsif de base à consommer une substance* ».

Selon les auteurs cités ci-dessus (Loonis, OFSP, Hautefeuille et Olivenstein), les dimensions biologiques, psychologiques et sociales ont une influence sur la consommation de psychotropes de l'individu. En fonction de sa personnalité (avec plus ou moins de fragilité) et de son environnement social et contextuel, la personne sera plus ou moins vulnérable à une consommation de psychotropes.

2.1.1 Distinction entre dépendance et addiction

« *Une dépendance n'apparaît pas du jour au lendemain. Elle se développe dans la durée. Selon la quantité, la fréquence et le produit lui-même, cela peut prendre des années comme être très rapide. Le passage d'une consommation dite problématique à l'addiction est progressif* » (Addiction Suisse, 2018).

Une dépendance, c'est tout d'abord un diagnostic médical dont les signes sont :

- Un désir puissant à utiliser une substance psychoactive,
- Une perte de maîtrise de la consommation,
- L'augmentation de la consommation (développement d'une tolérance),
- Des symptômes de manque en cas de réduction de la consommation ou de sevrage,
- Le fait de négliger ses autres intérêts,
- La poursuite de la consommation malgré ses conséquences néfastes (Addiction Suisse, 2018).

La dépendance est définie par un phénomène de « *tolérance* » de l'organisme. L'organisme s'habitue aux effets du produit lorsqu'il y a une consommation répétée. Cela crée une certaine résistance au produit. Afin d'avoir toujours les sensations attendues du produit, la personne va devoir augmenter les doses. Après le sevrage, la tolérance au produit est diminuée, la personne devient moins dépendante au produit. Le traitement de la dépendance consiste à sevrer l'individu avec l'aide d'un traitement de substitution ou non et lui permet de devenir ensuite abstinent sur le long terme (Zullino, 2016).

Une personne est **dépendante** lorsqu'elle souffre de syndrome de sevrage (effets secondaires) lors de l'arrêt brusque de la consommation de produits psychotropes. La personne est **addicte** lorsque la consommation d'une substance est excessive, en dépit des conséquences néfastes sur sa santé. Par exemple, « *les opiacés entraînent à la fois dépendance et addiction, alors que la cocaïne ne provoque que l'addiction. En outre, la dépendance touche tout le monde : si on vous prescrit de la morphine comme traitement antidouleur, au bout d'une semaine, vous deviendrez dépendant. Mais vous ne deviendrez pas pour autant accro ensuite* » (Planète Santé, 2017).

Dans un comportement addictif, il y a un investissement émotionnel, en temps et financièrement. Par exemple, une passion (passer du temps dans une activité au détriment d'une autre) serait normale. Mais lorsque la personne ne veut pas consommer et qu'elle le fait, elle se retrouve ainsi dans une consommation non raisonnée et non raisonnable. C'est à ce moment-là qu'il est question d'addiction. Dans le traitement de l'addiction, il faudra accompagner la personne à travers une psychothérapie afin de lui permettre de sortir ses émotions, de mieux comprendre son fonctionnement et ainsi s'approprier des outils pour avoir un comportement à moindre risque (Zullino, 2016).

2.1.2 Les risques de devenir dépendant

Certaines personnes seraient plus fragiles que d'autres et pourraient plus facilement développer une dépendance à une substance psychoactive. « *Du point de vue de la génétique, Philip Gorwood et al. nous montrent que nous ne sommes pas tous égaux devant le risque de dépendance. La vulnérabilité de chacun est fonction des facteurs génétiques responsables d'un abaissement du seuil de vulnérabilité, mais cette vulnérabilité s'exprimera en fonction de l'environnement* » (Hautefeuille, 2008, p. 6).

De plus, certains traits de caractère sont aussi plus propices à la consommation dépendante comme la recherche de sensations (Hautefeuille, 2008, p. 6).

Les fréquentations sociales peuvent aussi avoir une influence sur la consommation. Imaginons un jeune adulte qui consomme de manière régulière mais contrôlée qui fait connaissance avec un groupe de grands consommateurs. Il aura de fortes chances d'être influencé au niveau de sa consommation. Selon Michel Reynaud (2004, p. 22) : **« Les pairs peuvent jouer un rôle renforçateur d'une consommation individuelle, avec tolérance et valorisation. Enfin, ils peuvent participer à la désocialisation, la marginalisation et la délinquance associée ».**

2.1.3 Les différents types de dépendance

Il y a deux types de dépendance :

- La dépendance avec substance : Cocaïne, héroïne, alcool, tabac ... Ces substances *« altèrent la conscience ou la manière de percevoir les choses et peuvent déclencher des sensations que le sujet trouve agréables »* (CMPAA, 2017).
- La dépendance sans substance : Jeu excessif, achat compulsif, addiction au travail, boulimie-anorexie, dépendance affective ... (Boutillier, 2009). La dépendance sans substance peut aussi *« donner lieu à un état d'enivrement. Cet état, engendré par une distribution accrue d'endorphine 'hormone du bonheur', peut entraîner une dépendance à partir du plaisir initialement ressenti »* (CMPAA, 2017).

2.1.4 Les stades de développement d'une dépendance

La personne passe par plusieurs phases avant de devenir dépendante :

- Phase **d'essai** : la personne veut expérimenter une nouvelle chose. *« Toutes les substances ne rendent pas immédiatement dépendant mais pour certaines, une seule consommation suffit (héroïne, crack) »* (CMPAA, 2017).
- Phase **d'abus** : La personne commence à consommer de manière excessive, souvent de l'alcool ou des substances psychotropes. *« Durant cette phase, des détériorations physiques et psychosociales peuvent déjà survenir, mais celles-ci sont ignorées par le sujet »* (CMPAA, 2017).
- Phase **d'accoutumance** : *« Le psychisme et l'organisme se sont adaptés à la substance nocive (développement d'une tolérance). Par conséquent, la dose doit fréquemment être augmentée pour obtenir l'effet désiré »* (CMPAA, 2017).
- Dépendance **psychique, physique** : La personne n'arrive désormais plus à diminuer ou stopper sa consommation. Sa vie est entièrement dictée par la dépendance. Sa famille et ses proches sont placés au second plan. Il est très difficile, à ce stade, que la personne arrive à s'en sortir seule (CMPAA, 2017).

2.1.5 Quand commence la dépendance ?

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), il y a dépendance lorsque la personne souffre de plus de trois des manifestations suivantes sur une période continue d'au moins 12 mois (DSM-IV, 2000, p. 224) :

1. La tolérance est la nécessité d'augmenter les doses de substances pour atteindre l'effet désiré ou de diminution de l'effet « *en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substances* ».
2. Le sevrage est le fait de stopper une consommation massive et prolongée de drogue. Cet arrêt du produit a des effets physiologiques et cognitifs sur l'individu.
3. L'individu consomme plus que son désir du départ « *p. ex., il continue à boire jusqu'à l'intoxication sévère bien qu'il se soit fixé une limite à un seul verre* ».
4. L'individu souhaite diminuer ou arrêter la consommation mais ses tentatives sont inefficaces.

2.1.6 Les motivations à consommer des psychotropes

« *Les motivations à consommer sont toujours les mêmes qu'à l'époque : recherche de plaisir, rompre l'ennui, arrêter de souffrir, surmonter un obstacle/une rupture/un deuil, améliorer ses performances, etc.* » (Maestracci, 2005, p. 6).

Il y a aussi d'autres raisons qui poussent une personne à consommer. Par exemple : le besoin de s'amuser, de se détendre, de faire de nouvelles expériences, ou des raisons plus négatives comme : faire face à des problèmes, appartenir à un groupe ou encore améliorer ses performances sportives ou au travail ... (Drogues info service, 2018).

Il est important de comprendre que l'addiction ne vient pas d'un plaisir mais d'une souffrance. Certes, à la base, la personne commence à consommer par plaisir (tenter de nouvelles expériences, faire comme les amis). Cependant, lorsque la fréquence des consommations augmente et que la personne devient alors dépendante, son envie première se trouve davantage dans la diminution de la souffrance psychique que dans le plaisir (Maestracci, 2005, p. 6).

Selon Robinson et Berridge cité par Loonis, la consommation de psychotropes est un conditionnement qui s'apprend et qui est inscrit dans le système cérébral de récompense, ce qui explique les phénomènes de rechutes, de craving (envie incessante de consommer), de perte de contrôle, de l'effet placebo ... (Loonis, 2001, p. 9). Le circuit de la récompense permet au sujet de reconnaître l'existence de satisfactions potentielles de toutes sortes : nourriture, chaleur, plaisir sexuel ... « *Ce circuit de la récompense est en quelque sorte un baromètre qui indique à l'individu l'état physique et psychique dans lequel il se trouve ou va se trouver. Les neurones dopaminergiques ne font pas partie à proprement parler du circuit de la récompense, mais leur activation stimule ce circuit et provoque une sensation de satisfaction* » (Tassin, 2008, p. 13).

Une conceptualisation des conséquences de cette sensibilisation psychomotrice suppose qu'il existe un glissement progressif d'une situation où la drogue est « *agréable parce que source de plaisir vers un état où la drogue devient recherchée sans donner de plaisir autre qu'un soulagement du manque* » (Tassin, 2008, p. 18).

2.1.7 Les différentes drogues

Le tableau suivant démontre les diverses substances addictives comme la morphine, l'héroïne, la cocaïne, l'alcool, le cannabis et le tabac ainsi que leurs effets sur le système de récompense, sur la dépendance physique/psychique ainsi que la possibilité d'utiliser des traitements de substitution pour diminuer voire stopper la consommation de ces produits toxiques pour la santé.

	Morphine, héroïne, autres agonistes opiacés	Cocaïne, crack	Ecstasy	Amphétamines	Alcool	Benzodiazépines	Cannabis	Tabac
Activation des circuits dopaminergiques de « récompense »	+++	++++	+++	++++	+	+/-	+	+
Établissement d'une hypersensibilité à la dopamine	++	+++	?	+++	+/-	?	+/-	?
Activation des récepteurs aux opiacés	++++	++	?	+	++	+	+/-	+/-
Dépendance physique	très forte	Faible	très faible	faible	très forte	moyenne	Faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	?	moyenne	très forte	forte	Faible	très forte
Neurotoxicité	Faible	Forte	très forte ?	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte, sauf contrôle thérapeutique	Forte	éventuellement très forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte (cancer)
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible en général	forte	faible (sauf altération de la vigilance et création d'un état d'hypersuggestibilité)	faible (sauf altération de la vigilance)	0
Possibilité de traitement de substitution	Oui	Non	Non	non	non	non recherché	non recherché	oui

Tableau 1 : Facteurs de risques pharmacologiques et sociaux des psychotropes (d'après le rapport Roques, 1998) (Richard, 2005, p. 9).

2.1.8 Les substances addictives

« C'est dans les années 1970 qu'a été popularisée une distinction entre un groupe de drogues dont les actions seraient douces, présente de façon spontanée dans la nature, ou du moins d'origine végétale (cannabis, opium, khat, coca, peyotl, champignons hallucinogènes, tabac, alcool, thé, café, chocolat, etc.) et un groupe de drogues plus ou moins dures, obtenues par synthèse chimique ou extraction (morphine et héroïne, cocaïne et crack, méthadone, analgésiques de synthèse, amphétamines, LSD, psilocybine, mescaline, solvants organiques, etc.) » (Richard, 2005, p. 13).

Cette distinction fut réalisée par des partisans voulant dépenaliser l'usage du cannabis. Cependant, il serait plus pertinent de distinguer les modes de consommations qui eux, peuvent avoir une répercussion grave pour les consommations de type : abusives, nocives ou dépendantes à certains produits qui entraîneraient un besoin de soin pour le consommateur tandis que pour d'autres consommations de type : occasionnelles, festives ... le consommateur ne subirait pas de problèmes psychiques, physiques ou sociaux spécifiques (Richard, 2005, p. 13).

Il est important pour un travailleur social de connaître les divers produits de consommation des bénéficiaires afin de mieux comprendre leurs effets sur le psychisme et le corps et ainsi pouvoir aussi donner ces informations aux proches de la personne en cure. Cependant, il est primordial de ne pas se focaliser sur le produit, mais plutôt savoir pourquoi la personne consomme. Pour échapper à une souffrance ? Pour le plaisir ? Pour combler un manque ?

...

2.1.9 La consommation de drogues en Suisse

La population suisse est composée d'environ 8,5 millions d'habitants, dont environ 30'000 consommateurs de drogues dures. Il y a 18'000 personnes qui sont en cure de substitution. Il y a 23 centres de cure avec prescription d'héroïne et environ 1'750 personnes et 1 centre en Suisse romande à Genève. Il y a 1'220 places de cures en institutions résidentielles et 11 locaux d'injection (Mancino, 2018).

« Le sujet peut passer beaucoup de temps à se procurer une substance, l'utiliser, ou récupérer de ses effets » (DSM-IV, 2000, p. 225). L'individu délaisse ou abandonne ses activités sociales, professionnelles afin de consacrer la majeure partie de son temps à sa consommation. L'individu reconnaît les effets néfastes de sa consommation sur son corps et son esprit mais cependant il continue de consommer.

2.1.10 Les conséquences néfastes selon les produits consommés

Le tableau numéro 2 montre les différents produits de consommation, les différents types (stimulants, déprimeurs, perturbateurs), la composition du produit et les conséquences sur la santé.

Produit	Effet	Composition	Conséquences
Tabac	Stimulant	Goudron Nicotine Additifs Combustion	Cancérigène Dépendance, effets psychoactifs, effets cardiovasculaires, effets intestinaux Augmente la dépendance et l'effet cancérigène Atteinte des petites bronches, insuffisance respiratoire chronique
Alcool	Dépresseur	Éthanol	Atteinte physique : hépatique, SNC (système nerveux central, prise pondérale, HTA (hypertension artérielle), diabète, cancers œsophage, dépression respiratoire
Cocaïne	Stimulant	Alcaloïde Erythroxylum coca	Atteinte physique : Problèmes cardiaques (HTA, tachycardie, infarctus), accidents vasculaires cérébraux, atteinte hépatique, crises d'épilepsie, mydriase, sudation
Cannabis	Perturbateur	Chanvre, houblon, THC	« Activation de la schizophrénie » (pas d'étude qui le prouve), trouble de l'humeur ou anxiété (pas de relation causale démontrée) Pour les personnes sensibles ou à fortes doses : anxiété, crise de panique, désorientation, crise paranoïde, bouffées délirantes aiguës (décompensation psychotique aiguë), vertige, convulsion, nausée, vomissement
Opiacés	Dépresseur	Opium, morphine, héroïne, codéine, méthadone	Dépression respiratoire (risque d'overdose = arrêt respiratoire)

Tableau 2 : Les différents produits de dépendance (Dr Thorens, 2018)

Une classification des substances par le Dr Thorens (2018) complète le tableau numéro 2.

- 1) Les déprimeurs du SNC (Alcool, opiacés, sédatifs/hypnotiques, GHB, solvants volatils).

Ces substances entraînent ivresse, désinhibition, sédation, modifications de l'humeur, troubles du comportement et le plus souvent un syndrome de sevrage.

- 2) Les stimulants du SNC (Cocaïne, amphétamine, nicotine, caféine, qat).

Ces substances entraînent troubles de l'humeur, troubles du comportement. L'arrêt de ces substances entraînent un état dépressif.

- 3) Les perturbateurs du SNC (Cannabis, MDMA (Ecstasy), LSD, Kétamine, PCP, Plantes hallucinogènes).

Ces substances entraînent modifications de l'humeur, troubles du comportement, illusions, délires ou hallucinations. En général, il n'y a pas de syndromes de sevrage à l'arrêt.

Il est important de connaître à quelle fréquence la personne consomme pour savoir si sa vie est mise en danger. Est-ce occasionnel ou est-ce festif ? Est-ce une consommation contrôlée ou excessive ? Y a-t-il un problème de consommation ? Est-ce handicapant pour la vie quotidienne ? Y a-t-il un impact sur la vie psychosociale et professionnelle de la personne ?

Après les explications sur les différentes substances psychoactives, il est pertinent d'aborder la notion de sevrage.

2.2 Le sevrage

Il y a deux manières de comprendre le mot « sevrage ». Le premier sens du mot sevrage « *désigne donc l'absence de toute prise d'opiacés, tandis que le sevrage au sens 2 – actuel – s'accommode du maintien de la dépendance aux opiacés* » (Valleur, 2004, p. 2). Cette citation démontre la différence entre l'époque où la société prônait l'abstinence et aujourd'hui où l'arrêt de la consommation n'est plus un but en soi. La personne peut réduire sa consommation (consommation contrôlée) ou avoir un traitement de substitution si elle désire devenir abstinente.

Il existe de plus en plus de « sevrage sélectif » à l'hôpital ou en ambulatoire, avec des « *traitements pour cesser totalement certaines consommations (alcool, benzodiazépines, cocaïne, etc.) tout en gardant un traitement de substitution* » (Valleur, 2004, p. 2). En Suisse, il existe plusieurs institutions de traitement d'héroïne et de méthadone, tel que le Programme Expérimenté de Prescription de Stupéfiants (PEPS) à Genève, ainsi que plusieurs salles de consommation à Genève, Lausanne, Lucerne, Berne ...

2.2.1 Symptômes de sevrage

Lorsqu'une personne arrête une consommation de produits psychotropes, elle est atteinte par certains des symptômes de sevrage suivants : mydriase (augmentation du diamètre de la pupille), transpiration excessive, frissons et « *chair de poule* », larmes (peaux très blanches), rhinorrhée (écoulement nasal), symptômes gastrointestinaux, symptômes psychiques (irritabilité, dysphorie, dépression, anxiété), agitation, sommeil agité, insomnie ... (Dr Thorens, 2018).

2.2.2 Sevrage ou substitution ?

« *Le sevrage bouleverse une existence qui tournait autour de l'orbite de la drogue* ». C'est pourquoi il serait néfaste d'arrêter brusquement la consommation lorsque celle-ci est utilisée comme un « *remède à la souffrance* » (Le Breton, 2012, p. 63).

Si l'individu n'est pas prêt à stopper le produit et qu'on l'y contraigne, il y aura de grandes chances qu'il tombe en dépression, voire qu'il tente de mettre fin à ses jours (Le Breton, 2012, p. 64).

L'abstinence totale peut être proposée à une personne qui est capable de supporter l'arrêt du produit, qu'elle soit soutenue par de son entourage (famille, amis, conjoint ...) et qu'elle ne soit pas dans une « *situation de fragilité sociale*. Dans certaines institutions, l'abstinence est bénéfique, car la personne est encadrée par des éducateurs et un groupe de personnes ayant la même problématique. Les résidents ont des journées remplies par des activités en groupe (sport, cuisine, réunion de groupe, activités ludiques et créatives). « *Ces ateliers sont fort importants pour créer une cohésion groupale et pour reprendre quelque chose du conflit qui pourrait être traité dans la relation à autrui* » (Soldati, 2009, p. 89).

Dans le cas contraire, lorsque la personne serait désorganisée et sans repères sociaux, il serait plus propice de proposer un traitement de substitution pour aller vers l'abstinence par étape. « *L'intérêt principal c'est de produire un changement dans son économie psychosomatique. L'abstinence est la manière la plus radicale* » (Soldati, 2009, p. 88).

Karina Soldati tient à nous rappeler l'importance de lier en parallèle un travail psychothérapeutique avec le traitement de substitution afin d'atteindre l'abstinence qui « *permettra à la longue d'élaborer les conflits qui sont à la base d'une toxicomanie et qui permettra au sujet de recouvrer sa liberté* » (Soldati, 2009, p. 90).

2.2.3 Les traitements de substitution

La phase de traitement de substitution est souvent recommandée lorsqu'une personne en situation de dépendance souhaite diminuer ou stopper sa consommation. Le traitement de substitution est composé de deux substances alternatives à la consommation de stupéfiants. Par le biais du tableau numéro 3, nous vous proposons une comparaison entre la Méthadone et le Subutex, décrit par Couderc (2018) dans le traitement de la toxicomanie.

	Méthadone (1995)	Subutex (1996)
Forme galénique	Solution en sirop	Comprimés sublinguaux
Administration	Voie orale	Voie orale
Ancienne utilisation	Deuxième guerre mondiale pour remplacer le manque de Morphine	/
Effets bénéfiques	<ul style="list-style-type: none"> • Écarte la douleur du manque • Supprime les variations d'humeur (euphorie, suivie d'anxiété) • Stabilise le quotidien • Reprise des rythmes physiologiques (sommeil, repas réguliers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supprime ou atténue les effets euphorisants de l'héroïne et les effets toxiques. • Supprime le manque Pas d'effet pic (stabilisation de l'humeur et du comportement) Pas de syndrome de sevrage brutal et important à l'arrêt intempestif • Niveau de tolérance très faible
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression respiratoire comme pour l'héroïne (overdose) 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque mortel en cas de mélange avec des benzodiazépines ou avec de l'alcool
Posologie	En moyenne 60mg/jour (rarement supérieure à 100mg)	0.8-4 mg/jour maximum 16mg/jour
Durée d'action	24 à 36 heures	24h
Durée du traitement	De 1 an à 5 ans voire plus (selon évolution du patient)	Possibilité de sevrage à long terme

Tableau 3 : Drogues et toxicomanie : les traitements de substitution de la toxicomanie (Couderc, 2018)

Les traitements de substitutions peuvent aider la personne à sortir de la toxicomanie. Cependant, certaines personnes sont capables de stopper une consommation sans traitement de substitution que l'on appelle le sevrage à sec.

2.2.4 Sevrage à sec

Si une personne arrête un sevrage d'opiacé naturellement, il n'y a pas de risque de décès. Cependant, il est déconseillé de réaliser un sevrage à sec (sans traitement de substitution), car les symptômes notés ci-dessus peuvent être difficiles à supporter.

Il est donc fortement conseillé d'être aidé par un traitement de substitution par méthadone et ensuite diminuer le traitement, car 70% des personnes qui ont tenté un sevrage à sec rechutent entre 1 à 2 mois après le sevrage (Dr Thorens, 2018).

2.2.5 La sortie de la toxicomanie : les 3 types de cessation

Afin d'atteindre les objectifs de la personne, il existe 3 types de cessation :

- A. Cessation sans décision radicale : ce sont pour les personnes toxicomanes qui n'ont jamais « *investi massivement le monde illégal de la drogue. Les sujets ne reconnaissent pas leurs toxicomanies* ». Ces personnes ne consomment donc pas de manière compulsive et n'ont pas choisi la drogue comme un désir de s'identifier à un groupe, « *ce qui leur permet une sortie sans décision résolutive, à tout moment* » (Vavassori, Harrati et Favard (2003, p. 86-87).
- B. Cessation sur décision rationnelle et explicite : les personnes de cette catégorie ont le sentiment que la « *consommation devient trop contraignante et trop coûteuse sur le plan social. Les sujets peuvent mesurer l'éventail des possibilités et pensent qu'ils ont bien plus à gagner en arrêtant la consommation* » (Castel, 1998). Il y a donc une « *usure de la consommation liée aux contraintes financières, à la disponibilité du produit, aux enjeux légaux et vitaux* » (Vavassori, Harrati et Favard (2003, p. 86-87).
- C. Cessation après avoir « *touché le fond* » ou suite à une crise existentielle : « *Le sujet toxicomane atteint un moment de son existence où il prend la décision de changer de vie. Cette crise existentielle s'accompagne d'une sorte de mortification ou d'une mise à mort symbolique* » (Vavassori, Harrati et Favard (2003, p. 86-87).

2.2.6 Les 4 étapes de la sortie de la toxicomanie

La personne doit passer par 4 phases afin de sortir de l'engrenage de la toxicomanie (Vavassori, Harrati, Favard, 2003, p 89) :

- A. La prise de conscience et la décision de l'arrêt : le sujet se remet en question par rapport à sa consommation. « *La prise de conscience peut être liée à des événements de vie, à l'âge ou au contexte de vie* ».
- B. La réduction, le contrôle ou l'arrêt de la consommation par divers moyens : « *La demande d'aide et le suivi du traitement, rompre avec le milieu, apprendre à dire non, se refaire une vie (logement, emploi, réseau social), éviter les situations à risque* ».

- C. La stabilisation : les personnes ont un logement, un revenu stable. « *La stabilisation est souvent déterminée par la supervision des réseaux d'aide et de tutelle* ». Cependant, cette stabilisation ne permet pas de garantir une guérison sur le long terme.
- D. Le maintien à long terme : à ce stade-là, les sujets retrouvent une « *sécurité de base (...) Ils tentent d'améliorer leur bien-être psychologique, marquant le désir de passer à autre chose* ».

2.3 La politique internationale de la Suisse en matière de drogue

En Suisse, il existe une politique internationale en matière de drogue qui se nomme la Loi sur les Stupéfiants (LStup).

2.3.1 Loi Fédérale sur les Stupéfiants et les Substances Psychotropes (LStup)

L'Assemblée Fédérale a mis en vigueur la Loi Fédérale sur les Stupéfiants (LStup, Art. 812.121, 1958), le 3 octobre 1951 dans le but de :

- Contrôler le commerce de stupéfiants destinés à l'usage médical,
- Combattre l'utilisation de stupéfiants à des fins illicites,
- Diminuer les conséquences négatives pour les usagers,
- Diminuer la consommation de drogue,
- Diminuer les conséquences négatives pour la société.

Dates importantes :

En 1975, les personnes de style « hippies » reviennent d'Asie en Suisse dépendantes au Diéthyllysergamide (LSD) et à l'héroïne. C'est à ce moment-là que débute la création de mesures médicosociales. L'accompagnement était réalisé dans des centres résidentiels qui prônaient l'abstinence comme seule solution afin de stopper la dépendance. À cette époque-là, les travailleurs sociaux n'avaient qu'un seul but : transformer la personne « *déviante* », la remettre sur le droit chemin qui menait à faire disparaître l'identité de la personne (Mancino, 2018).

Après l'apparition des scènes ouvertes (1980) et le VIH/sida dans des villes suisses comme Zurich, le Conseil Fédéral a mis en place le principe de réduction des risques. « *La politique de réduction des risques comme objectif de rester en vie* » (Le Letten et la Platzspitz à Zurich (1980-1995).

C'est à partir de 1991 que la Confédération met en place la politique des 4 piliers.

De 1997/98, la Suisse rejette les deux initiatives sur la « *jeunesse sans drogue et Droleg (légalisation des drogues dures et douces)* » (Mancino, 2018).

En 1999, le traitement avec prescriptions médicales d'héroïne est utilisé par 21 cantons sur les 26 cantons de Suisse.

En 2000, le Quai 9 (salle d'injection) à Genève est ouvert pour permettre aux personnes toxicomanes de consommer dans un lieu stérile afin de réduire les risques de transmission des maladies.

En 2004, le National rejette le projet de la loi sur la dépénalisation du cannabis.

Le 20 mars 2008, « *la révision partielle (intégrant la politique des quatre piliers) de la Loi sur les stupéfiants a été approuvée par 2/3 des voix au Conseil National et à l'unanimité au Conseil des États. Ensuite il y eut référendum contre la révision. Ce référendum a ensuite été rejeté par le peuple* » (Mancino, 2018).

En 2017, le Conseil Fédéral vote « *l'abandon des amendes d'ordre pour dix grammes de détention de cannabis* » (Mancino, 2018).

Finalement, en 2018, la Suisse a légalisé le cannabis ayant moins d'un pourcent de THC (Mancino, 2018).

2.3.2 Le modèle des 4 piliers

La Confédération a mis en place le modèle des 4 piliers en 1991. Ce modèle permet aux personnes cibles (à risques) d'avoir accès à la prévention en matière de consommation de stupéfiants. Les personnes souffrant de dépendance bénéficient d'un accompagnement par des professionnels lors de séances de thérapies, afin de réduire les risques sur leur santé ainsi que d'éviter des sanctions en cas de non-respect de la présente loi au point 2.3.1.

L'éducateur social intervient alors dans les foyers auprès de personnes dépendantes dans un but de thérapie ainsi que de réduction des risques.

Les 4 piliers :

- 1) La prévention : « *Aider les personnes à adopter un mode de consommation ou un comportement à faible risque, et ceci tout au long de leur vie, renforcer le repérage et l'intervention précoce face aux risques d'addiction* » (Première ligne, 2018). Par exemple, à l'association Première Ligne (Nuit Blanche), des jeunes (pairs) font de la prévention dans les milieux festifs afin de limiter les dangers de la consommation excessive d'alcool.
- 2) La thérapie : « *Aider les personnes concernées à être en bonne santé physique et psychique, et favoriser leur intégration sociale et professionnelle, adapter les offres de traitement et de conseil aux besoins des personnes concernées et à leurs objectifs thérapeutiques individuels* » (Première ligne, 2018).
- 3) La réduction des risques : accompagner les consommateurs à réduire les risques de maladies transmissibles (VIH) en proposant des lieux d'injection bas seuil (Quai 9 à Genève, Local d'injection à Lausanne) « *Programme basé sur une aide médicale et sociale de base, sans viser d'abstinence, sans dossier et prise en charge individuelle. Il peut s'agir d'antenne médicale, d'hébergement d'urgence ou encore de lieux offrant des repas ponctuels* » (Première ligne, 2018).

- 4) La répression : « *Analyser les effets du cadre légal sur la santé, soutenir les cantons et les communes dans la mise en œuvre des réglementations et développer la collaboration entre les acteurs spécialisés dans l'aide en cas d'addiction et ceux actifs dans le domaine de la sécurité publique* » (OFSP, 2016, p. 7)

Pour illustrer le pilier de la répression, les personnes qui détiennent de la drogue illégale sont amendables selon la LStup.

Pour conclure, le travailleur social joue un rôle important dans l'accompagnement de la personne dépendante afin qu'elle puisse s'en sortir. C'est pourquoi l'éducation spécialisée est un thème concept qui sera abordé ci-dessous.

2.4 L'éducation spécialisée

Sandrine Dauphin, dans son article qui vise à définir ce qu'est le travail social cite la définition de la Fédération internationale des travailleurs sociaux : le travailleur social « *cherche à promouvoir le changement social, la résolution des problèmes liés aux relations humaines, la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général. Grâce à l'utilisation des théories du comportement et des systèmes sociaux, le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement. Les principes des droits humains et de la justice sociale sont fondamentaux pour le travail social* » (Dauphin, 2009, p.8).

Le travailleur social, plus précisément l'éducateur social, est alors amenée à œuvrer avec une population variée. Il peut être amené à travailler avec des enfants, des adolescents ou des adultes dont les difficultés peuvent être d'ordre physique, psychiques, etc.

Un éducateur peut travailler avec des enfants présentant des troubles de l'apprentissage, des adolescents en difficultés d'insertion professionnelles, des adultes souffrant de troubles psychiques telle la schizophrénie des troubles obsessionnels du comportement, etc. Mais le travailleur social peut également travailler avec des personnes qui souffrent de dépendances et pour qui la consommation de psychotropes est devenue problématique.

2.4.1 Rôle de l'éducation sociale

L'éducation sociale fait référence à ce qu'on appelle le « *processus éducatif* ». À partir de quel moment les éducateurs sociaux interviennent-ils ? Et à partir de quel moment aborder la notion d'éducation ?

Quand tout se déroule normalement, on ne pense pas à identifier la complexité de certaines situations. Mais selon Jacques Marpeau (2012, p. 24) « *La question de l'éducation se pose dans des termes dramatiques au regard des conséquences possibles, quand des jeunes en grande carence affective et relationnelle n'ont pas bénéficié des conditions minimales leur permettant d'élaborer les capacités affectives, psychiques, et relationnelles indispensables à une rencontre de couple* ».

Ainsi, ces situations difficiles nous amènent à réfléchir sur les phénomènes ordinaires que l'on ne prend pas le temps d'analyser « *quand tout se passe bien* » (Marpeau, 2012, p. 24).

2.4.2 Qu'est-ce qu'éduquer ?

C'est une question complexe où les points de vue peuvent varier en fonction des valeurs de chacun, du passé et des objectifs. Les perspectives peuvent être différentes dans une équipe de professionnels du travail social.

Jacque Marpeau (2012, pp. 25-26) donne des pistes de compréhension en définissant l'éducation comme :

- « *Éduquer, c'est permettre à la personne accompagnée de s'assumer en tant qu'être humain* »
- « *Éduquer, c'est encore permettre à la personne accompagnée de se construire comme sujet* »
- « *Éduquer, c'est mettre la personne accompagnée en travail d'élaboration* »

Il n'y a pas qu'une manière de faire dans le travail social. Une méthode fonctionnera bien avec un usager et ne sera pas du tout convaincante pour un autre. Il est important de travailler de manière individuelle avec chaque personne.

Éduquer, c'est donner la possibilité à la personne de développer ses « *capacités structurelles* », qui sont les capacités liées à la structuration psychique, affective, relationnelle et sociale (Marpeau, 2012, p. 26). Elles seront nécessaires pour son existence dans l'ici et maintenant, mais aussi pour le futur.

Le travailleur social ne peut pas développer des capacités à la place des bénéficiaires. Afin de les accompagner dans l'atteinte de leurs objectifs et pour développer leurs capacités, le professionnel devra poser un cadre (Marpeau, 2012, p. 29). Celui-ci permet de mettre en lumière les limites et les interdits.

Les bénéficiaires auront également besoin d'un accompagnement qui va les aider à comprendre leurs situations. « *Personne ne peut s'éduquer seul. Il faut à la personne humaine la rencontre des autres et de la réalité dans un dispositif qui rende possibles les élaborations qui lui sont indispensables* ».

Ainsi selon Marpeau (2012, pp. 29-32), le travailleur social va s'interroger sur les rapports des bénéficiaires face au rapport :

À soi-même

Dans le rapport à soi-même, le travailleur social s'interrogera sur différents points qui touchent la personne tels que la confiance en soi, l'estime de soi, la capacité à énoncer ses désirs, à se positionner et à s'engager ...

À la réalité

Ce rapport met l'accent sur la différenciation que font les bénéficiaires entre la réalité tangible et l'imaginaire, de la compréhension des différents codes et cadres qui régissent un environnement. L'éducateur évalue comment le bénéficiaire estime les risques et dangers et comment il gère les frustrations liées au monde réel.

À autrui

Les bénéficiaires sont aussi évalués sur ce qui touche aux relations, notamment au niveau de la capacité d'attachement, de séparation, de distanciation, mais aussi sur l'acceptation et le respect de la différence et de la vulnérabilité d'autrui.

Au temps

L'accent est mis sur les capacités d'anticipations, à différer, à se projeter, à utiliser l'échéance dans une dynamique d'investissement, à équilibrer ses investissements.

À l'espace

Dans le rapport à l'espace, l'éducateur évalue alors comment le bénéficiaire se retrouve dans ce nouvel environnement.

À l'inconnu

Ce rapport évalue la capacité de l'individu à gérer les situations qui lui sont nouvelles, à assumer l'insécurité, la manière d'être prudent et vigilant lors de phases de découvertes.

À la règle et à la loi

L'éducateur se penchera sur le rapport qu'entretient le bénéficiaire aux différentes règles, ou comment il intègre les limites et les interdits.

À l'erreur et à l'échec

Le bénéficiaire sera évalué sur sa manière de vivre l'échec, sur sa capacité à le vivre comme un moyen de découverte et de compréhension nouvelle ainsi qu'à relativiser l'erreur.

Au savoir

Dans ce rapport sont mobilisées les capacités de curiosité et d'intérêt pour ce qui est de l'ordre de l'abstrait.

Marpeau (2012, p. 32) définit alors le processus éducatif comme : « *Le déploiement dans le temps de ces différentes pistes d'observation et de questionnement qui permet la formulation d'hypothèses de compréhension, la désignation de visées éducatives, puis l'établissement de projets éducatifs tant collectifs que personnalisés. Ce sont ces mêmes repères qui permettent une mise en travail des capacités indispensables pour la personne accompagnée, puis les démarches d'analyse et d'évaluation permettant de constants réajustements...* ».

L'accompagnement et le processus éducatif ne sont jamais figés, ils évoluent constamment et sont sans cesse remis en question en fonction des bénéficiaires. C'est alors un travail qui se veut individualiste en fonction des besoins, des difficultés et des envies de chacun.

En tant que professionnels du travail social, il est alors important de pouvoir se remettre en question et ainsi réorienter la pratique professionnelle.

2.4.3 Les étapes du processus éducatif : l'exemple des Rives du Rhône

La Fondation des Rives du Rhône « offre aux personnes souffrant d'addictions une prise en charge résidentielle visant un rétablissement complet. Son concept thérapeutique, à la fois reconnu et soutenu par les experts du domaine, intègre toutes les dimensions de l'être humain (biopsychosociale et spirituelle) pour mener à bien un processus de guérison, le tout sous supervision médicale. Misant sur une approche thérapeutique originale, la Fondation offre tous les moyens favorisant un sevrage complet » (Roduit & Lavanchy, 2018, p. 7).

Selon les institutions, il y a plusieurs référentiels de prise en charge de la toxicomanie comme : l'abstinence, la consommation contrôlée. Les Foyers Rives du Rhône, eux, prônent l'abstinence. Les personnes qui désirent suivre une cure dans cet établissement, doivent être en accord avec le principe selon lequel la consommation de drogue et d'alcool est prohibée durant tout le processus.

De plus, lorsqu'une personne entre dans un quelconque établissement pour désintoxication suite à une problématique de consommation, elle doit passer en principe par plusieurs phases pour aller vers la guérison :

1. Phase de préadmission

Lors de cette première étape du processus, l'institution et la personne en souffrance ainsi que sa famille, se rencontrent pour faire le point sur la situation. Ils évoquent les envies, les besoins de chacun des participants. Cette rencontre permet de vérifier la pertinence du placement.

2. Phase d'admission

La première étape, lorsqu'une personne arrive au foyer, consiste à l'accueillir avec bienveillance, en respectant son parcours, sa personnalité et ses difficultés. La personne peut s'habituer petit à petit à son nouvel environnement durant les premières semaines. Durant cette première phase, les foyers Rives du Rhône ont choisi le concept d'une rupture momentanée du lien avec les familles. Cela permet au résident de se recentrer sur lui-même afin de se retrouver. Au contraire, dans d'autres établissements, comme la Fondation Ressource à la Côte-aux-Fées dans le canton de Neuchâtel, prône comme philosophie la non-rupture de la personne avec son entourage et la société (Fondation Romande d'Aide aux Toxicomanes, 2016, pp. 9 et 17).

3. Phase de sevrage

La deuxième étape est la phase de sevrage : la personne, selon les produits qu'elle a consommés, peut suivre un traitement de substitution, comme la méthadone, afin de se sevrer du produit. Cette phase peut être plus ou moins longue selon ses besoins physiologiques et psychologiques.

4. Phase de reprise de contact avec les proches

Après avoir fait un travail sur soi, la personne peut progressivement reprendre contact avec ses proches. Ce travail sur soi permet de déposer les difficultés intrafamiliales lors d'entretiens. Ceux-ci permettent de renouer des liens plus solides et plus sains

avec la famille. Le bénéficiaire peut donc aller à la rencontre de sa famille à l'extérieur, tout en étant accompagné par son parrain, afin que tout se passe pour le mieux.

Cette étape est très importante, car la personne devra tisser des liens solides avec l'extérieur, plus particulièrement avec ses proches pour pouvoir ensuite, lors de sa sortie, bénéficier d'un soutien affectif pour sa réinsertion dans la société.

D'après ce processus éducatif, il serait préférable de faire intervenir la famille lorsque la personne en sevrage s'est bien acclimatée avec l'institution, qu'il y ait déjà eu un début de suivi thérapeutique avec les éducateurs et que le résident se sente prêt à reprendre contact avec eux.

De plus, les Centres d'Aide et de Prévention (CAP) de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) considèrent : « *que les proches d'une personne souffrant d'addiction ont le droit non seulement à être intégrées dans le traitement de la personne dépendante, mais doivent pouvoir bénéficier de conseil et d'aide pour eux-mêmes. Dans ce cas, ils doivent pouvoir être accompagnés par un intervenant différent. Ce soutien aux proches doit être proposé même en l'absence de demande et/ou d'engagement en traitement de la personne souffrant d'addiction. Les CAP vérifient que le travail avec les proches est un vecteur important de changement dans le système familial et qu'il peut avoir un impact déterminant sur les conduites de la personne souffrant d'addiction* » (2018, p.3).

Ces divers concepts éducatifs mettent en évidence l'importance d'intégrer les familles dans le processus éducatif de leur proche en institution afin qu'il puisse garder un lien avec son entourage et la vie sociétale en général.

5. Phase de formation

Dans le cas particulier du Foyer des Rives du Rhône, la personne peut réaliser des stages, débiter un Certificat Fédéral de Capacité (CFC) ou débiter une Haute École Supérieure (HES). Durant cette étape, la personne peut se former afin d'organiser une potentielle sortie dans les mois qui suivent. Le résident du foyer peut, s'il le désire, s'installer dans l'appartement annexe du foyer pour être plus indépendant et autonome.

6. Phase de sortie

Lorsque la personne a passé ces étapes, qu'elle a trouvé un logement, un travail et qu'elle se sent prête à sortir de l'institution pour se réinsérer dans la vie sociétale, les institutions l'accompagnent dans ses démarches administratives pour clore son dossier. Elle peut ainsi sortir avec un travail à la clé, un logement, des relations saines avec ses proches et un soutien de l'établissement en cas de questions, de problèmes, etc.

Ces 6 phases vers la sortie de la toxicomanie se retrouvent dans la plupart des institutions pour personnes toxicomanes et ne sont donc pas uniques au Foyer des Rives du Rhône.

2.4.4 Le rôle de l'éducateur dans un foyer pour toxicomane

Le rôle du travailleur social dans la dépendance est d'être le médiateur entre la famille et la personne toxicomane. L'éducateur doit permettre aux personnes de maintenir un lien positif durant le processus de sevrage, ce qui garantit une guérison plus rapide et plus durable. Il est là pour accompagner la personne à suivre une cure en suivant les étapes cruciales (sevrage, prise de conscience du début de la consommation de la personne, guérison). Il est aussi là pour accompagner les proches (personnes en lien affectifs avec la personne toxicomane sans forcément faire partie de sa famille) afin de leur donner des informations sur la consommation, les effets, ...

L'éducateur a donc un travail pluridisciplinaire. Il accompagne la personne à retrouver la santé mais aussi la famille à redéfinir les rôles du système familial afin de garantir une guérison durable.

Lucie Mongrain (2011, p.13-16)., auteure d'un document pour l'Association des Centres de Réadaptation en Dépendance du Québec (ACRDQ), émet quelques recommandations pour les professionnels du travail social :

- Intervenir auprès des membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes non motivées.
- Introduire systématiquement l'intervention conjugale dans le traitement des personnes alcooliques et toxicomanes.
- Dans les services d'aide aux adolescents abusant de substances psychoactives, développer des compétences à utiliser un traitement s'appuyant sur la famille.

On peut alors apercevoir dans ces recommandations la place importante que Lucie donne à la famille.

2.4.5 L'intervention sociale en six points

Les institutions n'ont pas toutes les mêmes méthodes de travail. Certaines utilisent une approche de type systémique (approche systémique) qui demande de prendre en compte le système dans sa totalité. En effet, l'approche systémique ne prend pas en compte uniquement le bénéficiaire mais englobe aussi le contexte environnemental de l'individu. Ainsi Georges Durant (2014. p. 129) décrit l'intervention sociale en six points :

- 1) **L'écoute de la demande des participants** : il est important de prendre le temps d'écouter la demande des bénéficiaires. Même si la demande ne paraît pas réalisable dans un futur proche, elle peut être source de motivation pour débiter un travail.
- 2) **La recherche des informations pour comprendre le système ainsi que les individus qui le composent et leurs fonctionnements au sein du système.**
« C'est la période d'évaluation/exploration » : afin de récolter un maximum d'information, les éducateurs peuvent compter sur la famille et les proches du

bénéficiaire. Ceux-ci sont les personnes qui connaissent souvent le mieux la situation, car ils ont vécu avec la personne.

- 3) « **Élaborer, avec l'aide éventuelle (et souhaitable) de son équipe, une hypothèse systémique descriptive et explicative de la situation, incluant tous les protagonistes, évaluant les risques mais aussi les ressources possibles, situant la fonction du symptôme** » : Pouvoir collaborer avec l'équipe éducative permet alors d'élargir les points de vue et d'avoir une meilleure compréhension de la situation.
- 4) **Le contrat est réalisé avec la famille en incluant les modalités des entretiens à venir** : lorsqu'un contrat est réalisé, celui-ci met en évidence l'engagement des deux parties de l'une envers l'autre à effectuer des changements. Le travailleur social met à disposition ses ressources et ses connaissances, tandis que la famille s'engage à modifier ce qui est problématique pour elle.
- 5) **Fixer des objectifs, « Susciter des changements, une évolution du système »** : fixer des objectifs permet ainsi d'avoir des points de repère pour les deux parties et ainsi observer l'évolution puis l'accomplissement de cet objectif.
- 6) **Mettre un terme au suivi éducatif lorsque l'objectif est atteint. « Sevrage » progressif afin de ne pas créer des liens de dépendance.**

2.5 La famille, des personnes réunies par un lien de parenté

Donner une définition figée de la famille est quelque chose de compliqué. En effet, c'est un terme qui évolue sans cesse. Selon la Commission Fédérale de Coordination pour les Questions Familiales (COFF, 2018), le concept de famille : « *désigne les formes de vie qui sont fondées sur les liens entre parents et enfants unissant les générations et qui sont reconnues par la société. Cette définition est délibérément ouverte. Elle ne contient aucun jugement de valeur, tout en tenant compte de la multiplicité des formes de vie familiale et de l'évolution de la notion de famille* ».

La Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel (FAPEO, 2009, p. 7) reprend les concepts de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron : « *Pour former une famille (au sens étroit), il faut donc non seulement vivre ensemble mais aussi avoir des liens de parenté : on parle alors de « famille nucléaire (...) groupe domestique* ». Vivre ensemble ne suffit pas pour dire que l'on fait partie de la même famille. Il faut avoir un lien de parenté. En effet, quatre étudiants vivant en colocation ne signifie pas qu'ils sont de la même famille.

Pour Claude Lévi-Strauss, (in FAPEO, 2009, p. 7-8) : « *La famille est un groupe de personnes qui sont réunies par des liens de parenté (...) avec une obligation de solidarité matérielle et morale destinée à les protéger et à favoriser leur développement social, physique et affectif. La famille est à la fois une institution sociale, juridique et économique* ».

2.5.1 La famille, un soutien pertinent dans l'accompagnement

La famille a plusieurs rôles à jouer dans le développement de leur enfant. Serge Vallon (2006, p. 157) en définit trois qu'il considère comme basiques. Il parle alors d'engendrement, de protection et d'éducation. Ces trois fonctions de base sont au service de la « transmission ». Il est du devoir de la famille de transmettre la vie, l'intégrité physique et psychique, les modèles sociaux comme les manières d'être un adulte reconnu.

Selon Lucie Mongrain (2011, pp. 11-12) « *la plupart des membres de l'entourage affirment vouloir jouer un rôle actif dans la démarche de réadaptation et avoir, autant que possible, un impact positif dans le rétablissement des personnes dépendantes même lorsque celles-ci ne sont pas motivées* ». La famille peut alors être : « *un soutien fort pertinent dans l'accompagnement des personnes dépendantes* ».

Les familles ont donc un rôle essentiel à jouer dans le processus de prise en charge des personnes en sevrage. Les recherches menées par l'ACRDQ permettent de remarquer l'impact significatif de la collaboration avec les familles durant le processus de prise en charge (Mongrain, 2011, p.13).

Pour les personnes en situation de dépendance et dans la mesure du possible, il serait plus adéquat d'accompagner la personne dépendante à maintenir le lien avec ses deux parents. Dans les cas de divorce, de surcharge de travail, de conflit intrafamilial grave, de maladie ou d'un refus catégorique de la personne, il est faisable de ne travailler qu'avec un seul des deux parents (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2014, p. 32). Cependant, il est « *toutefois important de ne pas renoncer trop vite et d'explorer les raisons du refus ou des impossibilités* » (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2014, p. 36).

2.5.2 La collaboration avec les proches

Avant d'aborder la notion de collaboration, il paraît pertinent de comprendre ce terme, si souvent utilisé dans le travail social. Elle est définie comme : « *Une notion plurielle qui recoupe la conversation, la discussion, la communication entre deux ou plusieurs enseignants dans un but orienté ; elle est aussi un chemin vers la connaissance de soi comme professionnel engagé dans le dialogue avec les collègues qui partagent les mêmes buts* » (Borges, Portelance et Pharand, 2011, p.2).

En lien avec notre approche qui vise à intégrer les familles, on peut dire que la collaboration est un ensemble de faits tels que la communication, la discussion ou la conversation. Elle permet aux parties d'exposer ses idées, de soumettre ses craintes, ses doutes, afin que la prise en charge se fasse de manière optimale.

Afin de parler de collaboration avec la famille de la personne institutionnalisée, il est primordial de comprendre le principe d'homéostasie.

L'homéostasie est définie comme : « *l'ensemble des mécanismes mis en œuvre par un système pour maintenir l'équilibre en son sein* ». C'est-à-dire qu'il faut utiliser la technique des « *petits pas* » dont le but est de mettre en place des objectifs réalisables

à court terme. Par exemple, si la personne est une grande consommatrice de joints, l'éducateur ne doit pas directement lui proposer une abstinence totale mais aller par étape pour garder la motivation de la personne à son apothéose (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2014, pp. 32-33).

Selon Isabelle Vuistiner-Zuber, praticienne de santé et en relation d'aide, il y a un « *besoin impératif d'avoir recours à une approche systémique des situations où on tente de préserver le lien ou ce qui compte c'est le lien entre les gens ... Je pense que c'est totalement improductif d'écouter seulement une personne en thérapie pendant x séances se plaindre de la situation alors qu'on ne sait même pas si elle dit vrai* » (Vuistiner-Zuber, 2018).

2.5.3 Quels rôles pour les proches ?

Lors des différentes étapes du processus éducatif, les proches peuvent jouer des rôles distincts.

Durant la phase d'admission, ils peuvent être présents lors des visites afin d'apporter du soutien à la personne institutionnalisée. « *L'entrée en établissement peut devenir une opportunité pour l'évolution de la dynamique familiale parce que le résident et sa famille peuvent être accompagnés par le personnel et le psychologue de l'établissement, alors qu'il n'y aurait certainement pas eu une telle démarche au domicile* » (Badey-Rodriguez, 2005).

De plusieurs manières, les parents peuvent être là pour la personne toxicodépendante. En effet, si ceux-ci ne peuvent pas forcément se déplacer vers l'institution, les nouvelles technologies permettent par exemple de faire des appels vidéo. En ayant un contact régulier, les proches peuvent suivre et comprendre le déroulement de la prise en charge.

Lors de la phase de sevrage, le lien est souvent coupé entre le bénéficiaire et ses parents. Cependant, ils peuvent tout de même garder un contact régulier avec les éducateurs afin de savoir ce qui se passe au sein de l'institution. Pendant que le bénéficiaire avance dans son sevrage, les proches peuvent participer à des groupes de parole. Ceux-ci leur permettent de continuer à avancer en même temps que la personne en institution afin d'arriver à la phase suivante plus sereinement. En effet, lors des groupes de paroles, les parents vont pouvoir partager leurs expériences avec des personnes vivant des difficultés similaires.

Dans la phase de reprise de contact, les parents ont un rôle important à jouer : de soutien, d'écoute, de conseil, de présence, de compréhension et de non-jugement.

En fonction du modèle d'intervention de l'institution (type systémique, communautaire ou psychoéducative), les proches auront également des fonctions distinctes :

Approches Systémiques Thérapies Familiales	Accent sur les interactions des proches avec le sujet dépendant	Proche vu comme codépendant
Approches Psychoéducatives Thérapies Cognitivo-comportementales	Accent sur les conséquences de la dépendance sur l'entourage	Proche vu comme cothérapeute
Approches Communautaires Self-Help et prévention par les pairs	Accent sur les conséquences du comportement des proches auprès du sujet dépendant	Proche vu comme citoyen, acteur du système de santé

Tableau 4 : Simon, Sanchez-Mazas & Zullino, (2004).

Ainsi, dans une approche de type systémique, la famille est vue comme co-dépendante. Et chaque individu fait partie d'un « système » d'interrelations étroites. L'intervention est considérée comme « *des facteurs de résistance au changement. L'intervention qui en résulte se conçoit comme stratégique, selon la métaphore de la boule de billard ; une intervention bien choisie étant par ricochet susceptible de modifier l'ensemble* » (Simon, Sanchez-Mazas, & Zullino, 2004).

Dans le cas d'une approche psychoéducative, la famille est comme co-thérapeute : « *La famille ou l'entourage réagit, se réorganise, au niveau des individus comme au niveau du groupe, consécutivement au développement d'un problème d'addiction de l'un de ses membres* ».

Dans la troisième approche de type communautaire, les proches ont un rôle bien différent à jouer. « *La recherche de facteurs potentiellement causaux dans les comportements des parents, voire de la communauté dans son ensemble. Le proche n'est plus sollicité comme co-thérapeute ou comme co-dépendant, mais plutôt comme citoyen-acteur de la santé de son entourage, au même titre que le patient lui-même* ».

2.5.4 La famille, une actrice privilégiée dans la prise en charge et la lutte contre la toxicomanie

Les références précédentes révèlent l'importance du lien parental, filial et d'attachement entre la famille et l'enfant. Comment la famille pourrait-elle être intégrée dans le processus de guérison d'une personne toxicomane ?

Pour Jean Fournier (1997) « *La réduction des risques conduit à prendre en compte l'environnement social des usagers de drogues et à s'appuyer sur des réseaux de sociabilité issus de la société civile dans lesquels les familles et les proches ont un rôle important à jouer* ».

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (1997, p.3), la famille est considérée « *comme une actrice privilégiée dans la prise en charge et la lutte contre la toxicomanie* ». Mais comment intégrer ces familles dans la prise en charge de leur enfant en sevrage ? L'approche systémique est-elle une réponse à notre recherche ? « *L'approche systémique postule qu'un individu est en interaction avec son milieu, son contexte et que les changements qui l'affectent vont aussi affecter son environnement et inversement* » (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2014, p. 27).

Plusieurs études s'adressent aux familles avec des « *programmes de prévention* » (Melihan-Cheinin, 2007, p. 221), pour leur permettre d'avoir des outils et des connaissances afin de détecter les premiers signes d'une dépendance. Si la personne est déjà dépendante, la famille reste toutefois une actrice privilégiée, car elle permet à la personne d'être sécurisée, de débiter un processus de résilience, mais offre aussi un réel soutien dans la cure. L'usage de substances psychoactives serait la source d'un problème de dysfonctionnement au sein de la famille. C'est pourquoi il serait important de travailler l'approche systémique familiale pour recréer une bonne « *structure relationnelle intrafamiliale* ».

2.5.5 Un groupe de soutien pour les proches

L'Association valaisanne des Personnes Concernées par les problèmes liés à la Drogue (APCD) a été créée par des parents d'adolescents toxicomanes en 1992 en Valais. « *Nous nous sommes rendu compte qu'il n'y avait pas de lieux où les pères et mères pouvaient exprimer leurs émotions et leurs ressentis* » raconte Chantal, l'une des fondatrices (Addiction Valais, 2012). En 2012, cette association comptait 500 membres. Elle proposait des soirées d'écoute, une permanence téléphonique sept jours sur sept, des entretiens, des conférences, une bibliothèque et des moments récréatifs. Actuellement pour des raisons inconnues, l'association est en stand-by.

Françoise Tubérosa, présidente du groupement parle de son expérience de maman d'une enfant toxicomane avec beaucoup d'émotion : « *Quand j'ai découvert l'APCD, je me suis remise à respirer. C'est très dur à vivre, car on ne cesse de se demander ce qu'on a fait de faux. La culpabilité est énorme. Et nous ne sommes pas toujours bien entourés ; on nous dit souvent qu'on aurait dû faire ceci ou cela. J'en ai entendu des y'avait qu'à...* », raconte-t-elle (Addiction Valais, 2012).

Cette femme exprime bien l'importance d'avoir des groupes de soutien pour les proches de personnes souffrant de toxicomanie.

2.5.6 Le toxicomane et ses parents

Le constat est que les familles sont souvent en rupture avec la personne toxicomane. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il y a des toxicomanes qui sont fidèles à l'égard de leur famille d'origine comme le montre « *Vaillant G.E : 72% des toxicomanes vivent encore avec leur mère à l'âge de 22 ans* » (Angel, Geberowicz, & Sternschuss-Angel, 1983, p. 60).

C'est pourquoi il est important de ne pas généraliser les situations, les familles, les systèmes familiaux, car chaque personne et chaque cas est unique.

2.6 Synthèse de la partie théorique

L'addiction est un phénomène biopsychosocial. Il est primordial de comprendre que l'addiction est donc une rencontre entre une personne et un produit dans un contexte donné. Il y a plusieurs manières de sortir de cette dépendance : par un sevrage à sec (sans traitement de substitution) ou par un traitement de substitution (méthadone, subutex). Ces deux méthodes permettent de se diriger vers l'abstinence ou une consommation contrôlée.

De plus, il est utile de s'intéresser à la LStup pour travailler en lien avec la politique des 4 piliers (prévention, réduction des risques, thérapie, répression) qui est importante dans l'accompagnement des personnes.

En ce qui concerne le processus éducatif, les recommandations faites par Lucie Mongrain aux professionnels du travail social paraissent pertinentes (2011, p.13). Ainsi, selon elle, il faudrait :

- « *Intervenir auprès des membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes non motivées* »,
- « *Introduire systématiquement l'intervention conjugale dans le traitement des personnes alcooliques et toxicomanes* »
- « *Développer des compétences à utiliser un traitement s'appuyant sur la famille* »

La famille joue alors un rôle privilégié dans le processus de sevrage des personnes toxicodépendantes.

Partie III : Entretiens avec les proches

3.1 Entretiens avec cinq proches de personnes ayant souffert de toxicomanie

C'est par le biais d'entretiens semi-directifs que nous sommes allées sur le terrain vérifier nos hypothèses. Pour Geneviève Imbert (2010) : « *L'entretien constitue l'outil de collecte de données le plus utilisé dans le cadre des travaux de recherche menés en sciences de la santé, en sciences humaines et en sciences sociales* ».

Mener des entretiens suit la logique de ce travail qui est d'intégrer les familles dans le processus de guérison. De plus, cette méthode est intéressante, car c'est un moment qui permet de mieux cerner les enjeux de l'implication de la famille au sein d'un processus de sevrage.

Nous avons posé des questions aux proches afin qu'ils puissent témoigner plus librement de leur vécu qu'à travers le biais d'un questionnaire. En effet, étant directement en lien avec les personnes, nous avons donné des explications complémentaires lorsque celles-ci le souhaitaient.

« Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur » (Imbert, 2010).

3.1.1 Avantages et inconvénients des entretiens semi-directifs

Cette méthode comporte également des limites. En effet, dans un premier temps il a fallu trouver des personnes, des proches en accord avec le fait de nous dévoiler une phase assez douloureuse de leur vie. Nous étions conscientes de la difficulté de trouver des proches ouverts à la discussion étant donné la complexité de la problématique. Cependant c'est un défi que nous avons relevé.

Afin de mener un entretien, nous savions qu'il y avait tout un travail à faire en amont (préparation des questions, recherche de l'échantillon ...), mais aussi pendant et après. Le temps que l'on a passé à poser nos questions était suivi d'une période de retranscriptions et d'analyses. Ce fut un travail considérable, cependant, il était important pour nous de rencontrer les personnes que nous voulions interroger. C'est pourquoi nous n'avons pas choisi la modalité de recherche qui est le questionnaire.

Pour terminer, une attention particulière a été mise à la tournure de nos questions ainsi qu'à notre posture lors des entretiens. En effet, notre présence influençait les personnes dans leurs réponses et nous avons pris ce critère en compte dans notre recherche.

3.1.2 Échantillon

Nous avons donc rencontré cinq personnes dont l'un des proches a été en institution (valaisannes et françaises) suite à une problématique d'addiction. Le tableau récapitulatif ci-dessous vous permet d'avoir un aperçu de l'échantillon.

Nom d'emprunt	Sexe	Profession	Âge	Lien avec la personne en cure
Géraldine	Féminin	Assistante médicale	~50 ans	Compagne
Fabienne	Féminin	Couturière puis 2 formations de psychologie et d'éducatrice (non diplômée)	~60 ans	Mère
Sylvain	Masculin	Boulangier	52 ans	Fils
Isabelle	Féminin	Professeure & Thérapeute	~50 ans	Mère
Clémentine	Féminin	Thérapeute & Éducatrice	56 ans	Compagne

(Tableau 5 : La population interviewée)

Le nom des institutions ne seront pas divulgués pour des raisons éthiques, cependant, nous pouvons informer que les personnes ayant souffert de toxicomanies ont suivies leur cure dans des institutions différentes.

3.1.3 Éthique

Les entretiens effectués ont été enregistrés afin de ne pas perdre des informations importantes. Nous nous sommes engagées à préserver l'anonymat de ces familles, proches en utilisant des prénoms d'emprunt, mais aussi en s'engageant à effacer les enregistrements une fois notre travail terminé.

3.1.4 Contexte des entretiens

Les entretiens que nous avons menés ont duré entre 30 et 90 minutes. Afin de favoriser la discussion et l'échange, nous avons accueilli les proches dans des lieux publics tels qu'un café. Certaines personnes ont tout de même désiré passer l'entretien chez elles pour se sentir plus à l'aise.

Partie IV : Analyse des données des entretiens et analyse des résultats des entretiens.

« Quelle place la famille occupe-t-elle dans le processus éducatif d'une personne souffrant d'addiction en cure de désintoxication au sein d'une institution ? »

Afin d'analyser les réponses des familles que nous avons interviewées, nous avons décidé d'analyser chacune des phases du processus éducatif en reprenant les éléments significatifs des entretiens. Nous terminons par une conclusion en vérifiant les deux hypothèses que l'on avait posées au début de notre recherche qui étaient :

“La famille de la personne toxicomane se sent mise à l'écart du processus d'accompagnement au sein du foyer de désintoxication”.

“La famille désire participer au processus d'accompagnement de leur proche durant leur cure de désintoxication “.

4.1 L'intégration des proches dans le processus de sevrage d'une personne souffrant de toxicomanie

1. Phase de préadmission

Les personnes interviewées ont toutes la même réponse quant à leur implication lors de cette phase. En effet, elles ont vécu des relations très difficiles avant l'entrée en cure de leurs enfants. Elles ont également exprimé qu'il y avait beaucoup de mensonges dans la relation et que leurs enfants étaient parfois perçus comme des étrangers.

« Le choc, la peur de voir mourir notre gosse. Se dire que son enfant a fait le choix de consommer, peut-être, il a voulu suivre les copains, mais il a fait ce choix. Il l'a voulu, personne ne l'a attaché et ne l'a obligé » (Fabienne).

Cette phrase démontre à quel point il est difficile d'accepter que son enfant ait pris un mauvais chemin. Cependant, cette dame avait une grande force de caractère et de prise de distance par rapport à la situation de son enfant en disant que c'était son choix et qu'elle ne devait pas se sentir coupable.

2. Phase d'admission

Certaines personnes ont très bien été accueillies par l'équipe éducative lors de l'entrée en institution de leur enfant :

« Nous avons été magnifiquement bien accueillies, vraiment je me suis sentie accueillie et écoutée. Et lui aussi, il avait été étonné par l'endroit » (Isabelle).

Cependant, la plupart des personnes interviewées ont exprimé leur stupéfaction de la coupure nette d'avec leur proche lors de la journée d'admission : une mère a exprimé qu'elle et son mari avaient accompagné leur fille au centre de désintoxication sans pouvoir lui dire au revoir. Leur fille était rentrée en institution, c'était ainsi !

La séparation que ces personnes ont vécue avec leur enfant qui rentre dans une structure pour se faire soigner peut-être parfois très douloureuse. Notamment pour l'une des compagnes qui n'a pas compris le fonctionnement de l'institution. **« Dès le départ, j'ai capté des choses, des lacunes, j'aurais voulu en parler, mais ce n'était pas possible ... Après j'ai eu des informations sur mon ex-copain, mais tu ne les as pas forcément tout de suite au départ. Mais parce que je ne me suis pas présentée comme sa compagne au départ » (Géraldine).**

Géraldine explique que la discussion avec l'institution était pauvre, que les éducateurs n'avaient pas de temps et que les informations reçues étaient en désaccord. Elle a eu l'impression que l'institution manquait de structure. Ne s'étant pas présentée comme étant sa compagne, les institutions ont omis de l'informer du processus d'accompagnement de son compagnon. Cependant, nous constatons tout de même un manque de communication entre elle et l'institution, qui ne fut pas bénéfique pour la relation qu'elle entretenait avec son ami.

3. Phase de sevrage et phase de reprise de contact avec les proches (2-3 premiers mois)

Pour l'une des interviewées, il y a eu une coupure importante de 3 mois au début de la cure. Cela a permis de mettre une distance physique entre la personne en soin et ses proches. Des exceptions étaient faites, lors d'un anniversaire pour lequel il y avait la possibilité d'envoyer une lettre, lue par les éducateurs puis transmise au proche. Cela permettait d'avoir une présence morale.

« Il y a des petites attentions qui passent qui fait qu'il y a quand même une présence mais à distance. C'est une présence morale » (Clémentine)

Isabelle ne pouvait pas, dans un premier temps, rendre visite à son fils. Malgré cela, elle avait des échanges réguliers avec les éducateurs, ce qui la soulageait. Elle s'est toujours bien sentie accueillie et avait confiance en l'équipe éducative, du fait d'avoir entendu du positif sur cette institution.

Fabienne a pu s'appuyer sur son association afin de se renseigner du mode de fonctionnement du centre. En effectuant des démarches auprès du directeur de l'institution, elle et sa famille ont eu l'opportunité de voir leur fille de manière régulière.

« Chaque 3 mois durant 3 semaines, on vivait comme eux. On avait une chambre avec nos autres enfants et l'on était avec notre fille. On vivait dans le centre, on suivait le programme comme si l'on était en soins » (Fabienne).

Sylvain a affirmé qu'il n'a pas été sollicité par l'institution qui traitait uniquement le problème de consommation et qui admettait seulement les personnes abstinentes. Après 3 semaines, lorsque la personne était sevrée, elle était renvoyée chez elle. Aucune collaboration était mise en place entre éducateurs et famille. Les familles avaient tout de même la possibilité de visiter leur proche selon des horaires précis.

« C'était parce qu'ils traitaient le problème médical. Avant, c'était vraiment pour traiter l'addiction. Ce qui était autour, on s'en foutait un peu » (Sylvain).

Il est tout de même important de préciser que Sylvain n'avait pas envie d'être intégré. Selon ses dires, il allait rendre visite à son père uniquement pour préserver une bonne image familiale.

Dans la plupart des entretiens, les familles ont exprimé que, lors du début de l'institutionnalisation de leur proche, l'équipe éducative mettait en place une distance entre elles. Selon la philosophie des Rives du Rhône, cette distance est bénéfique pour la personne qui souhaite sortir de l'addiction, car elle a besoin de se retrouver, connaître qui elle est et cela ne peut se faire si la famille est toujours autour d'elle. C'est comme une rupture de lien momentanée afin de prendre du temps pour soi. Dans la plupart des entretiens, les familles comprenaient ce besoin de distanciation. De plus, deux des personnes interviewées ont exprimé le besoin d'avoir du temps pour elles pour bénéficier d'un moment de réflexion et parcourir un bout de chemin de leur côté. Isabelle a même dit une phrase assez marquante :

« Pour moi, j'étais tellement convaincue de ce qui se faisait là-bas, que je comprenais très bien ce besoin-là de couper avec tout, tout ce qu'il y avait avant. Y compris moi »

Il est primordial de prendre en considération que la famille a également ses problèmes et que cette distance favorise la réflexion mutuelle des deux parties.

Une personne a exprimé qu'elle ne comprenait pas certains fonctionnements de l'institution. Elle aurait eu besoin que les éducateurs lui expliquent un peu mieux l'accompagnement. Pour mieux comprendre cette pédagogie, elle s'est investie dans la lecture d'un livre expliquant les diverses étapes par lesquelles la personne toxicomane doit passer au sein de cette institution.

4. Phase de formation (2-3 mois jusqu'à la phase de sortie)

D'une manière générale, tous ont pu rendre visite à leur enfant au sein même de l'institution. En fonction de l'institution, de leur rapport à la personne concernée (mère, compagne, fils), les familles ont été sollicitées de différentes manières et à différentes fréquences.

Isabelle pouvait voir son fils (qui faisait partie de la chorale de l'institution) à des concerts. Cependant elle trouvait dommage que l'institution ne l'informait pas de ces diverses représentations de chant.

Lors de séances au tribunal, les éducateurs offraient la possibilité à Isabelle de dîner avec son fils malgré « cette coupure » qu'ils devaient respecter. De plus, il a pu réaliser des week-ends à la maison, mais uniquement après quelques mois de cure. Ces journées étaient toujours accompagnées par un autre jeune plus âgé dans la cure ou par un éducateur. Cette mère a eu des débriefings et des feed-back par rapport aux journées de visite avec son fils. Cependant, elle trouvait que ces retours étaient très courts mais cela lui convenait. Elle avait des contacts assez réguliers avec le référent de son fils. Ce dernier lui expliquait où il en était dans son processus de sevrage, les programmes qu'il devait réaliser et les points où il devait s'améliorer.

De manière générale, les relations entre proches et personnes souffrant d'addictions se sont améliorées voir renforcées.

« Ça a renforcé les liens entre tous les membres de la famille. Les sœurs et les parents, tout le monde s'entraidait. Il y a des milliers de cadeaux quand on sait les voir. Il y a toujours un côté positif. Ça renforce, ça aide à aller plus loin » (Fabienne).

5. Phase de sortie

Pour tous les entretiens menés, les proches ont mis en avant la phase de sortie, comme une période où l'accompagnement n'était pas suffisamment présent.

« Le moment le plus délicat c'est la fin de la cure ... il faut qu'il y ait un organisme qui fait l'accompagnement de jour pour faire un lien. Malheureusement les services sociaux n'investissent pas souvent dans cette phase- là sauf pour les mineurs » (Clémentine).

Les familles ont exprimé l'importance de la préparation de cette phase afin que la transition entre l'institution et le retour au sein de la société se déroule dans des conditions optimales.

« C'est un moment très fragile, très subtile, qui nécessite beaucoup d'accompagnement et beaucoup d'attention. On a quelqu'un qui a fait un cheminement, appris à parler de ses émotions, authentique... et les autres de sa famille n'ont pas fait ce cheminement-là » (Clémentine).

4.2 Les souhaits des familles

Une personne a exprimé son désir de donner et recevoir de la part de l'institution plus de feed-back par rapport à son proche.

« J'aurai voulu qu'on m'appelle et qu'on me dise comment ça s'est passé ce week-end ? Ça s'est bien passé ? Pour que je puisse donner un feed-back mais il n'y avait jamais ça » (Géraldine).

Les personnes interviewées étaient pour la plupart désemparées par rapport au fonctionnement des institutions. Certaines personnes se sont renseignées en lisant le livre de l'institution ou en suivant des conférences.

Fabienne a exprimé avoir contacté plusieurs professionnels avec son mari afin de mieux comprendre ce qu'était la drogue, comment elle agissait dans le corps humain et comment s'en sortir. Puis cette dame a créé une association pour les proches de personnes toxicomanes. Elle proposait des groupes de paroles afin que la famille de la personne en cure puisse se décharger, d'exprimer des émotions difficiles, recevoir un certain soutien, une solidarité et avoir certaines réponses à leurs questions.

D'une manière générale les proches n'étaient pas assez informés en ce qui concerne les rites de l'institution et auraient eu besoin d'être plus intégrés, renseignés sur la philosophie.

4.2.1 La Communication

La plupart des personnes interviewées et leur proche se contactaient mutuellement. Les deux parties étaient preneuses et désiraient maintenir une relation. Cependant, les personnes interviewées ont exprimé un manque de sollicitation de la part des institutions. Elles étaient informées par intermittence de l'évolution de leur proche sans avoir la totalité des informations. Sur 5 interviews, une personne a eu un cheminement plus délicat par rapport à la relation avec son père. Aucun d'entre eux ne désirait maintenir le lien. La mère de cette personne le forçait à aller voir son père, car il fallait faire bonne figure devant les autres personnes du village.

La plupart des personnes désirent maintenir le lien et, malheureusement, l'institution est moins impliquée à jouer le rôle d'intermédiaire entre les proches et la personne qu'elle accompagne. Il est donc important de relever que l'institution s'occupe de la personne en cure principalement et que la famille de celle-ci doit trouver des ressources de son côté pour faire son cheminement face à la situation. Il serait intéressant pour une perspective d'un autre travail de Bachelor de proposer des pistes d'actions pour que les éducateurs puissent faire le relais entre la personne accompagnée et sa famille.

4.3 L'intégration des familles : frein ou facilitatrice

La question sur l'intégration des familles a été source de doubles réponses pour les proches rencontrés. Elle éveille les questionnements autour de la relation malsaine des proches. Lors des entretiens, nous nous sommes rendu compte à quel point il était difficile de répondre à une telle question. En fonction de chacun, de sa personnalité, de ses besoins, de ses valeurs, de son histoire, etc. Il est alors propre à chacun de savoir ce qu'il veut. **« Il est impossible de faire une généralité car il faut tenir compte de l'histoire du résident, de l'histoire avec les proches. Dans la moitié des cas il y a des histoires compliquées par rapport à la structure familiale. Et souvent au sein des familles dans les groupes de paroles, on arrive vite à comprendre que le jeune a vécu des attouchements, de la violence, d'être témoin de trafic des parents, il y a souvent des situations de souffrances, d'agression ... c'est pour ça que c'est très important qu'à partir du moment où le jeune a fait un parcours et qu'il retourne dans sa famille qu'il ne retourne pas seul. C'est comme un petit test » (Clémentine).**

L'intégration des familles peut alors être facilitatrice si le proche externe est adéquat. **« Facilitatrice si le proche est adéquat, parce que bien des fois, je me rends compte qu'il y a quelque chose qui dysfonctionne chez ce dernier » (Géraldine).**

Isabelle pense qu'il est important, dans un premier temps, que les familles adhèrent au projet. Il est selon elle, essentiel de communiquer avec les proches et que souvent **« Il y a aussi des choses à rétablir ou des contacts à accompagner et je pense que là c'est hyper important que l'institution participe à ça » (Isabelle).**

Dans certains cas, quand la famille a déjà ses propres problèmes, la collaboration n'est pas forcément bénéfique pour le résident. Lors de notre premier interview, Géraldine nous a exprimé ceci : **« Dès le départ, j'ai remarqué des choses, des lacunes sur l'institution, j'aurais voulu en parler mais ce n'était pas possible » (Géraldine).**

Fabienne pense que dans certaines situations, il y a des jeunes qui ne souhaitent pas rester en contact avec leurs parents et que ce choix est important à respecter. La collaboration peut donc être un frein au processus. **« J'ai vu des parents qui passaient de la dope à leurs enfants. Il n'y a pas que des saints chez les parents non plus » (Fabienne).**

Sylvain a mentionné ceci : **« Selon moi avec la personne avec laquelle j'ai vécu, la présence sentimentale et la rupture à l'alcool n'étaient pas compatibles » « ce n'était pas une bonne chose que nous allions le voir » (Sylvain).**

4.4 Le cheminement des personnes en institution et celui de leurs proches

Lors de la phase exploratoire, nous avons eu contact avec un éducateur travaillant dans un foyer pour toxicomane. Celui-ci avait mentionné :

« Pendant que le jeune avance en Ferrari, les parents avancent en 2 CV » (Eggimann, 2018).

Lors de nos divers entretiens, et afin de faire réagir nos interviewés, nous avons mentionné cette citation qui faisait sens pour nous. Clémentine, compagne et thérapeute est plutôt en accord avec cette citation qui démontre l'importance de conseiller les familles à être accompagnées. Que ce soit par le biais de thérapies individuelles ou par le biais de groupe de paroles, il semblait important pour elle que les familles puissent faire ce bout de chemin.

Les groupes de parole leur permettent de rencontrer des personnes vivant une situation similaire, de se sentir soutenues, de sortir de la solitude et ainsi d'avancer plus vite dans leurs cheminements plutôt que de laisser uniquement la personne en cure progresser. Clémentine a aussi exprimé le fait que la famille a des blessures qui restent si elle ne fait pas elle aussi un cheminement.

« C'est comme un puzzle, si l'on change une pièce, toutes les autres pièces sont obligées de se modifier et c'est là qu'il y a des frottements » (Clémentine).

Cette phrase fait penser au principe de totalité que l'on retrouve en systémie. C'est le principe du « un bouge tout bouge » (DURAND, 2014, p. 59). Si un élément du système change, toute la dynamique change aussi. C'est pourquoi il est si complexe de comprendre une dynamique systémique, car elle est toujours en évolution.

Imaginons l'exemple suivant : un résident intégré dans un foyer de cure de désintoxication avance dans son cheminement vers la guérison. Il partage ses souffrances, son mal-être aux autres résidents et à l'équipe éducative. Après avoir terminé sa cure, il retourne vivre avec sa famille. Malheureusement, sa famille n'a pas suivi de groupe de parole ou de thérapie et les possibles blessures de cette dernière

sont toujours existantes. Il y a donc toujours un déséquilibre qui persiste au sein de cette famille, car seule la personne anciennement toxicomane a avancé.

Ce principe est aussi important pour nous, travailleurs sociaux, car nous faisons partie du système, nous ne sommes pas neutres vu que nous accompagnons la famille dans le processus de sevrage (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2014, p. 27). Nous devons donc être extrêmement attentifs, car nous faisons aussi évoluer le système. Ainsi, si je vis une situation de blocage au sein d'un groupe, il faut que je bouge pour faire changer la dynamique du système (DURAND, 2014, p. 59). Pour un travail systémique efficace, l'éducateur doit permettre à la famille de ne plus identifier la personne en dépendance comme étant le « problème » mais se focaliser sur l'ensemble du système familial afin de réattribuer les rôles de chacun au sein de la famille (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2014, p. 31).

4.5 Synthèse des résultats

Suite aux résultats des entretiens analysés ci-dessus, nous pouvons désormais réaliser un retour sur les hypothèses posées au départ de ce travail de recherche.

4.5.1 Première hypothèse :

« La famille de la personne toxicomane se sent mise à l'écart du processus d'accompagnement au sein du foyer de désintoxication. »

Il a été remarqué qu'en fonction de l'institution ou des types de relations (enfant, mère, compagne), la collaboration peut être très différente.

La mise à l'écart n'a pas été faite durant toute la durée de la cure de désintoxication. Après une phase pour soi, la personne en cure peut petit à petit retisser des liens avec sa famille si elle le désire. Il est important que la personne sente que ce lien est bénéfique pour sa santé physique, psychique et mentale. Cette mise à l'écart fait partie intégrante du processus de guérison. Elle est mise en place volontairement par l'équipe éducative au début du processus afin que la personne puisse se recentrer sur elle-même et s'éloigner des facteurs environnementaux (famille, travail, loisirs ...), qui ont peut-être joué un rôle dans son basculement dans la drogue.

La distance induite par cette étape du processus a été pour 4 personnes sur 5 assez difficile à accepter. Cependant, une fois que les proches ont compris le principe de cette prise en charge et l'importance de ce moment pour la personne en institution, il a été alors plus facile de comprendre et de respecter ce moment de coupure. Il a également été observé que lorsque les familles se sont impliquées de leur côté (associations, recherche d'informations), elles se sentaient plus intégrées, ce qui a permis une meilleure collaboration.

La fréquence des sollicitations dans la suite du processus dépend de beaucoup de facteurs. Si le proche ne s'annonce pas comme tel, il est difficile pour l'institution de

collaborer. On perçoit également que de manière générale, chacun des membres de la famille a eu la possibilité de contacter par lettre ou par téléphone la personne suivant la cure ainsi que de passer du temps avec elle lorsque l'institution était en accord avec cela. En fonction des besoins de chacun des membres de la famille, ils ont été satisfaits par cette manière de faire.

Après avoir réalisé ces entretiens, nous nous rendons compte que notre question n'était pas vraiment bien formulée. En effet, la famille se sent mise à l'écart mais l'information qui était omise, c'est que l'institution met réellement à l'écart la famille pour une raison bien précise : la distanciation avec le contexte environnemental de la personne toxicomane. Après les divers entretiens et la connaissance de certains fonctionnements au sein des institutions traitant les problèmes d'addiction, nous comprenons mieux ce besoin de recul et de reconnexion pour les personnes souffrant de dépendance.

Cependant, certaines institutions ont mis à l'écart la famille durant une grande partie du processus de guérison du bénéficiaire et c'est là que le problème survient dans l'accompagnement des personnes, car la personne n'a plus d'aide extérieure à l'institution et cela peut poser problème pour sa motivation à guérir ainsi qu'à la réinsertion sociétale à la fin de la cure.

Sans aucun doute, la première phase de coupure a été bénéfique. Mais lorsque aucune collaboration n'est faite durant toute la cure, il devient difficile pour la famille d'être un soutien, pour la personne qui suit durant des mois, voire des années un programme difficile et éprouvant. C'est pourquoi il devient apparent que les institutions ont un grand rôle à jouer dans ce processus de guérison. Ils doivent pouvoir être le relais entre la famille et la personne résidant chez eux.

À travers les différents entretiens et suite à notre analyse, nous ne validons pas notre hypothèse. Cependant, nous avons remarqué que les familles se sentent mise à l'écart mais uniquement au début du processus de guérison. Dans la suite du processus, la famille se sent plus impliquée, c'est pourquoi cette hypothèse n'est pas validée.

La famille de la personne toxicomane ne se sent pas mise à l'écart du processus.

4.5.2 Deuxième hypothèse :

« La famille désire participer au processus d'accompagnement de leurs proches durant leur cure de désintoxication. »

Selon la deuxième hypothèse, les familles désirent comprendre le processus éducatif que suit la personne en cure de désintoxication.

Il a été constaté que 4 personnes sur 5 ont envie d'avoir une communication avec la personne en cure ainsi que de participer à son processus de guérison. Les personnes interviewées sont également toutes d'accord sur le fait que le moment de la sortie est une phase primordiale du processus et qu'il serait important d'y être intégré.

L'hypothèse que les proches désirent participer au processus éducatif est vérifiée :

4 des personnes rencontrées sur 5 désirent être impliquées dans le processus de désintoxication de leur proche

Pour la majorité des personnes rencontrées, la fréquence des contacts avec leur proche leur convient. Géraldine aurait aimé avoir plus de contact avec son compagnon tandis que Sylvain ne souhaitait pas avoir de contact avec son père. On remarque à travers cette question et la précédente que les familles ne voyaient pas souvent la personne en cure, mais que de manière générale, elles étaient satisfaites de cette fréquence.

4.5.3 Réponse à la question de recherche

« Quelle place la famille occupe-t-elle dans le processus éducatif d'une personne souffrant d'addiction en cure de désintoxication au sein d'une institution ? »

La famille occupe une place importante dans le processus éducatif, malgré une coupure nette de lien en début de placement. Les proches sont intégrés petit à petit dans le processus.

En effet, une fois que la personne a passé l'étape de l'admission, les contacts entre le patient et ses proches sont coupés pendant 2 à 3 mois pour 4 des personnes interviewées. Cette coupure est souvent vécue difficilement par les proches. Cependant, une fois que les familles ont compris la philosophie de l'institution, ceux-ci sont en mesure d'accepter cette distance. Malgré cette coupure, et en fonction des institutions, l'équipe éducative des foyers continue de transmettre les informations importantes à la famille.

Par la suite, de manière générale, les proches sont intégrés progressivement. Nous remarquons tout de même, suite aux divers entretiens menés, que la communication était un point difficile pour les familles. De plus, selon elles, la phase de sortie n'était pas assez préparée.

Après cette analyse, il a été constaté que les familles ne se sentent pas mises à l'écart du processus, ce qui démontre que la première hypothèse n'est pas validée, et que les familles souhaitent participer au processus de leur proche, ce qui a validé la deuxième hypothèse.

Partie V : Conclusion

Vérification des hypothèses et résumé de nos principaux résultats

Suite à ces démarches effectuées, qu'une seule des hypothèses est validée. Après plusieurs discussions et avec du recul, nous aurions aimé développer une hypothèse pour savoir si les familles voulaient voir davantage leur proche. Nous avons remarqué qu'ils avaient peu de contact mais que pour la plupart des personnes cela leur convenait.

Certains parents se sont sentis très intégrés dans le processus de désintoxication de leur enfant, mais ils supposent que c'est parce qu'ils avaient créé une association pour les proches et qu'ils bénéficiaient donc d'un traitement de faveur. Tandis que d'autres personnes se sont impliquées en participant à des groupes de paroles, à des lectures, à des conférences ... Grâce à leur implication, ces 3 personnes se sont senties plus engagées.

De plus, suite à notre analyse, nous remarquons que la communication ainsi que l'accompagnement lors de la phase de sortie des bénéficiaires sont des points à améliorer.

5.1 Les limites de notre recherche

Cette recherche a des limites à ne pas négliger. Ce travail permet d'avoir une vision de la collaboration entre des personnes en cure de désintoxication, leurs proches et les institutions. Cependant, cette recherche n'est pas scientifiquement prouvée, car la quantité des entretiens est trop faible pour qu'une réponse soit totalement validée. Il faudrait interroger des centaines de personnes pour avoir une réelle ébauche de réponse en lien avec la réalité du terrain. De plus, nous avons pu collaborer avec des familles dont les proches avaient intégré une cure de désintoxication dans des institutions valaisannes et françaises mais ce nombre est très mince : 2-3 institutions ce qui n'est pas du tout représentatif des réelles statistiques que l'on aurait pu mener dans un travail de plus grande ampleur. Il est également important de prendre en compte que les personnes qui ont accepté de témoigner ont en général une vision positive des institutions où leur proche est allé se soigner. Par contre, il y a certainement de nombreuses personnes qui ne sont pas en accord avec le concept pédagogique des institutions et par ce fait n'auraient donc pas témoigné. En effet, il est plus facile d'aborder ce genre de situation lorsque tout s'est bien passé. Pour terminer, comme nous l'avons mentionné au point 3.1.1, notre présence même était un vecteur d'influence aux réponses de nos interlocuteurs durant les entretiens et nous n'avons aucun moyen de vérifier si le résultat des réponses pourrait donc être faussé par notre présence.

5.2 Émergence de nouvelles questions

Nous trouverions pertinent d'axer une recherche similaire autour de la phase de sortie, afin de connaître les besoins des parties concernées. Clémentine dit :

« À la fin de la cure, il faudrait qu'il y ait un organisme qui fasse l'accompagnement de jour pour faire un lien entre le proche et sa famille. Malheureusement, les services sociaux n'investissent pas souvent dans cette phase-là sauf pour les mineurs » (Clémentine).

De plus, il nous semblerait intéressant de creuser autour de l'accompagnement des familles. « *Pendant que le jeune avance en Ferrari, les parents avancent en 2 CV !* » il serait intéressant de voir ce qui peut être fait pour que les parents, eux aussi, avancent dans une voiture plus puissante.

Les groupes de parole seraient-ils suffisants pour diminuer cet écart ? Que peut-on mettre en place pour que celui-ci diminue ? Comment les professionnels du travail social peuvent-ils permettre aux parents de diminuer cet écart ?

5.3 Bilan personnel et professionnel

Nadia : J'ai beaucoup apprécié réaliser ce travail de mémoire. L'addiction est un sujet qui me passionne. J'ai pu obtenir d'amples informations sur le sujet grâce à mon stage au Foyer des Rives du Rhône, à d'anciens collègues, résidents, au module OASIS (MAP Addiction à Genève) et aux diverses lectures personnelles.

Le travail en binôme fut intéressant, car nous avons dû parfois nous réajuster par rapport à la vision de l'autre. Nous avons dû aussi parfois plus solliciter l'autre lorsque l'une des deux travaillait moins. J'ai apprécié la collaboration avec Marine, car nous nous entendons bien et nous avons su communiquer lorsque c'était plus complexe. À la fin de ce travail, je réalise que travailler en duo a ses avantages, par exemple : deux visions différentes, ce qui enrichit notre travail ; réaliser à deux la défense orale, ce qui permet d'être plus à l'aise et en confiance face aux experts. Cette collaboration a également des inconvénients, comme : se reposer sur l'autre et le travail stagne, avoir plus de temps libre, donc moins de motivation à se mettre à la tâche, avoir des divergences d'opinions et devoir trouver un consensus ...

Professionnellement, ce travail m'a fait grandir car j'ai pu travailler ma communication avec les diverses personnes interviewées, avec ma collègue Marine ainsi qu'avec notre directrice de mémoire. J'ai pu observer mon évolution sur la connaissance du thème des addictions grâce aux recherches et lectures de textes scientifiques, au module MAP Addictions qui a été une aide supplémentaire pour la réalisation de ce travail ainsi que toutes les personnes qui nous ont aidé dans ce travail de recherche (personnes interviewées, famille, amis ...).

Marine : J'ai apprécié effectuer ce travail de recherche et ainsi découvrir cette méthode de travail. Les thématiques abordées sont des thématiques auxquelles je portais déjà un intérêt. Ce travail n'a fait qu'enrichir mes connaissances et mes compétences.

J'ai pris beaucoup de plaisir à rencontrer les proches car les échanges étaient riches et sincères. Les personnes rencontrées ont été généreuses. En effet, malgré des

situations difficiles, chacune nous a apporté un bout de réponse et nous a permis d'effectuer ce travail.

Le travail en binôme fut pour moi très intéressant. Malgré quelques réajustements faits tout au long de la période de recherche, il a été pour moi agréable de travailler avec Nadia. Son expérience et sa passion pour la thématique des addictions ont été un plus pour notre travail.

En tant que professionnelle formée et non diplômée, je me rends compte de l'importance de l'expérience vécue dans le cadre de ce travail de Bachelor. Professionnellement, je me rends compte de l'importance d'écouter les proches, les membres de la famille et de prendre en compte ce qu'ils nous expriment lors des rencontres et des réseaux. Je pense que lors d'admission, les proches sont les personnes qui connaissent le mieux le futur résident et qu'il est essentiel de les écouter.

Cette démarche de recherche, me montre à quel point la théorie peut appuyer ma pratique et à quel point il est important, en tant qu'éducatrice de ne pas rester sur des acquis, mais de faire des recherches et des lectures afin de mieux comprendre certaines situations.

Les entretiens menés avec les proches m'ont fait prendre conscience de l'importance de ce que nous transmettons aux familles. Elles sont parfois dans des situations difficiles et elles ont le droit de connaître comment nous travaillons, et comment nous accompagnons leurs proches.

Ainsi, ce travail m'a permis de grandir personnellement et professionnellement.

5.4 Propositions concrètes pour le terrain

En tant que futures professionnelles du travail social en éducation, nous remarquons qu'avec la réalité du terrain, il est parfois difficile d'intégrer les familles étant donné que l'on est en premier lieu focalisé sur les résidents.

Souvent, afin d'accompagner un résident dans un processus éducatif, les institutions sont mandatées par l'état ou par d'autres instances. Dans certains cas, une fois que la personne sort de l'institution, le mandat est terminé et les éducateurs n'ont plus à accompagner le résident.

Peut-être est-il possible de mettre en place des suivis à domicile, à raison d'environ 2 heures par semaines afin d'accompagner la personne pour son retour à domicile.

« Il faut qu'il y ait un organisme qui fait l'accompagnement de jour pour faire un lien. Malheureusement les services sociaux n'investissent pas souvent dans cette phase-là sauf pour les mineurs » (Clémentine).

5.5 Conclusion

De manière générale, malgré une première phase où l'institution prône une mise à l'écart, les familles ne se sentent pas forcément exclues du processus. Elles réintègrent progressivement le processus et les contacts avec leur proche se font plus régulièrement au fil des mois.

Au début de notre recherche, nous pensions que la fréquence des contacts était trop faible. Suite aux entretiens que nous avons menés, nous avons constaté que les proches étaient satisfaits de la fréquence des contacts avec la personne suivant la cure. Certaines des familles se sont impliquées (association, groupe de parole, lecture, recherche ...) ce qui a permis de les rendre actrices elles-aussi et de se sentir plus engagées au niveau du processus. Au fil des entretiens, nous avons constaté que le manque d'accompagnement et de collaboration se ressent durant la phase de sortie. C'est pourquoi nous avons proposé des pistes d'actions concrètes pour cette phase.

5.6 Bibliographie

- ADDICTION SUISSE (2018) *La dépendance*. Récupéré de : <http://www.addictionsuisse.ch/aide-et-conseil/dependance/> (15.11.2018)
- ADDICTION VALAIS (2012). *Depuis 20 ans, l'APCD permet aux parents de s'exprimer*. Récupéré de : <http://www.addiction-valais.ch/?page=medias&IDNews=125755> (25.01.2019)
- ANGEL, P., GEBEROWICZ, B., & STERNSCHUSS-ANGEL, S. (1983). *Le toxicomane et sa famille*. Paris : éditions universitaires
- ASSEMBLEE FEDERALE DE LA CONFEDERATION SUISSE (1958). *Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes 812.121 (Loi sur les stupéfiants, LStup)*.
- BADEY-RODRIGUEZ, C. (2005). L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie et société*, vol. 28 / 112(1), 105-114. doi:10.3917/gs.112.0105.
- BOUTILLIER, J. (2009). *Dependances.net - Alcool, drogue, tabac, jeu...* Récupéré de : www.dependances.net/dependances.htm# (18.10.2018)
- COMITE MARTINICAIS DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE. (2017) *Différents types d'addictions*. Récupéré de : <https://www.cmpaa-martinique.com/differents-types-d-addictions> (18.10.2018)
- COMMISSION FÉDÉRALE DE COORDINATION POUR LES QUESTIONS FAMILIALES. (2018) Définition de la famille. Récupéré de : <https://ekff.admin.ch/fr/la-coff/definitionde-la-famille/> (20.11.2018)
- COUDERC, P. (2018) *Drogues et toxicomanies : les traitements de la toxicomanie*. Récupéré de : <https://www.psychoparis.com/les-troubles/les-addictions/drogues-et-toxicomanies/drogues-et-toxicomanies-les-traitements-de-la-toxicomanie/> (18.08.2018)
- DA SILVA ALMEIDA, G. (2009). Les structures familiales : "*La famille, Espèce sociale en voie de disparition ?*". Bruxelles. Récupéré de : <http://www.fapeo.be/wpcontent/uploads/2014/08/STRUCTURES-FAMILIALES.pdf> (08.05.2018)
- DAUPHIN, S. (2009). Le travail social : de quoi parle-t-on ? *Informations sociales*, 152(2), 810. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-2.htm-page-8.htm>.
- DROGUE INFO SERVICE. (2018) *Pourquoi se drogue-t-on ?* Récupéré de : <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-drogues-et-leurconsommation/Pourquoi-se-droque-t-on> -

.W8hxYPaYRPYconsommation/Pourquoi-se-droque-t-on#.W8hxYPaYRPY
(18.10.2018)

DURAND, G. (2014). *L'abécédaire systémique du travailleur social* (4^e édition). Paris : Editions Fabert.

FEDERATION ADDICTION. (2012). *Addiction, Familles et entourage "Prévenir, éduquer, accompagner"*. Paris. Récupéré de : http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2013/07/guide_addictions_familles_et_entourage.pdf (05.08.2018)

FILIOZAT, L. (2014). *La figure d'attachement* Récupéré de : <https://culturedeparent.wordpress.com/2014/07/28/la-figure-dattachement-parhttps://culturedeparent.wordpress.com/2014/07/28/la-figure-dattachement-par-isabelle-filliozat/isabelle-filliozat/> (05.08.2018)

FONDATION ROMANDE D'AIDE AUX TOXICOMANES (2016). Concept de prise en charge. Récupéré de : <http://fondation-ressource.ch/wp-content/uploads/2018/03/Concept-G%C3%A9n%C3%A9ral-Fondation-Ressource.pdf> (10.01.2019)

FOURNIER, J. (1997). Quelle place pour les familles de toxicomanes. Récupéré de : http://www.pistes.fr/swaps/5_56.htm (08.05.2018)

GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS. (2014). Adolescents aux risques de l'addiction. Manuel de réflexion et d'action à l'usage des professionnels. Lausanne. Récupéré de : https://www.grea.ch/sites/default/files/brochure_ados.pdf (27.08.2018)

HAUTEFEUILLE, M. (2008). Qu'est-ce qu'une addiction ? *Psychotropes*, vol. 14, (3), 5-9. doi :10.3917/psyt.143.0005. p. 6

HAUTEFEUILLE, M. & OLIVENSTEIN, C. (2011). *Psychotropes. Revue internationale des toxicomanes et des addictions, volume 24*, (numéro 1), édition de Boeck Supérieur, pp. 6-9

IMBERT, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102,(3), 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023.

LE BRETON, D. (2012). Le contrecorps de la toxicomanie : Sémiotique d'addicts. *Le sociographe*, 39, (3), 55-64. doi :10.3917/graph.039.0055.

LIGUE VALAISANNE CONTRE LES TOXICOMANIES (2018). *Traitement socio-éducatif*. Récupéré de : http://cms.addiction-valais.ch/Upload/medrotox/10_socio_educatif.pdf (10.01.2019)

LOONIS, É. (2001). Les modèles économiques des addictions. *Psychotropes*, vol. 7, (2), 722. doi :10.3917/psyt.072.0007.

MAESTRACCI, N. (2005). Introduction. Dans *Les drogues* (pp. 3-6). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. Récupéré de : <https://www.cairn.info/les-drogues--9782130533740-page-3.htm> (05.03.2018)

MANCINO, P. (2018). *Politique suisse en matière de drogue*, cours du module MAP Addiction. Genève : Haute Ecole de Travail Social, HES-SO//Genève. Non publié.

MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX (DSM-IV). (2000). *Critères de la dépendance*. Récupéré de : <http://www.reseau-addiction.cher.fr/page-criteres-de-la-dependance-selon-dsm-iv-46.html> (15.05.2018)

MARPEAU, J. (2012). Le processus éducatif. Dans : Éliane Bouyssi re-Catusse  d., *Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats* (pp. 23-33). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.rayna.2012.01.0023.

MELIHAN-CHEININ, P. (2007). *Familles et dépendances :  l ments de langage*. *Psychotropes*, vol. 13, (3), 217-227. doi :10.3917/psyt.133.0217. Récupéré de : <https://www.cairn.info/publications-de-Melihan-Cheinin-Pascal--25119.htm> (28.05.2018)

MONGRAIN, L. (2011). *Les services à l'entourage des personnes dépendantes : guide de pratique et offre de services de base*. [Montréal, Québec] : Association des centres de réadaptation du Québec, pp. 11-13

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. (1997). *Familles et toxicomanies*. Convention n 96.03 réalisée par : FIRST FORMATION INTERVENTION RECHERCHE SIDA TOXICOMANIES Récupéré de : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/first.pdf> (28.05.2018)

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (2016). *Plan de mesures de la Stratégie nationale Addictions 2017 2024*. Récupéré de : https://www.grea.ch/sites/default/files/plan_de_mesures_2016.pdf (18.10.2018)

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (03.08.2018). *L'addiction : notion*. Récupéré de : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationalegesundheitsstrategien/strategie-sucht/begriff-sucht.html> (13.10.2018)

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (02.10.2018). *L'addiction en Suisse : faits et chiffres*. Récupéré de : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-undstatistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html> (13.10.2018)

PLANETE SANTE (2017). *L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes*. Récupéré de : <https://www.planetesante.ch/Magazine/Addictions/Drogues/L-addiction-et-la-dependance-sont-deux-choses-differenteset-la-dependance-sont-deux-choses-differentes> (15.11.2018)

PORTELANCE, L., BORGES, C. ET J. PHARAND (2011). « La collaboration dans le milieu de l' ducation. Dimensions pratiques et perspectives théoriques ». Québec,

Québec : Presses de l'Université du Québec, Revue des sciences de l'éducation, Volume 38, numéro 3, 2012, pp. 669-670

PREMIERE LIGNE (2018). *Intervention « Bas Seuil »*. Récupéré de : <http://www.premiereligne.ch/intervention-bas-seuil/> (18.10.2018)

SIMON, O. SANCHEZ-MAZAS, P., & ZULLINO, D. (2004). Revue médicale suisse. Consulté le 01 27, 2019, sur : *Impliquer les proches dans le traitement des addictions : aspects transversaux* : <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2496/24025>

REYNAUD, M. (2004). Cannabis Santé "Vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge". Paris : Médecine-Sciences/Flammarion.

RODUIT, X., & LAVANCHY, X. (2018). *Regard sur la nouvelle Fondation des Rives du Rhône*. Récupéré de : <https://www.rives-du-rhone.ch/media/38898/journal-fervrier-2018><https://www.rives-du-rhone.ch/media/38898/journal-fervrier-2018-web.pdf> (10.01.2019)

THORENS (Dr), G. HUG (hôpitaux universitaires de Genève) (2018). *Psychotropes et addictions*. Cours du module MAP Addiction. Genève : Haute Ecole de Travail Social, HES-SO//Genève. Non publié.

VALLON, S. (2006). Qu'est-ce qu'une famille : Fonctions et représentations familiales. *VST - Vie sociale et traitements*, no 89,(1), 154-161. doi:10.3917/vst.089.0154.

VAVASSORI, D., HARRATI, S. & FAVARD, A. (2003). *Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition*. *Psychotropes*, vol. 9(2), 83-101. doi:10.3917/psyt.092.0083.

Entretiens

EGGIMANN, W. (2018)

VUISTINER-ZUBER, I. (praticienne de santé et en relation d'aide, communication) (2018) *Une approche systémique des situations*. Récupéré de : Radio Rhône FM (04.09.2018)