

La prise en charge des personnes toxicomanes dans l'espace rural: une évaluation



© Photo: Christine Stämpfli

Mémoire de sciences sociales

Présenté par Silvia Ursprung

Directeur: Professeur Antonio Da Cunha

Rapporteure et experte: Professeure Geneviève Corajoud

Table de matière

Résumé.....	4
Zusammenfassung	5
Abréviations	6
Définitions des termes utilisés	7
1 Introduction.....	9
2 Cadre conceptuel.....	11
2.1 La consommation de drogue comme problème social	11
2.2 Réponses thérapeutiques en Suisse.....	18
2.3 Conclusion.....	24
3 La PCER dans le canton de Berne.....	25
3.1 Le canton de Berne	25
3.2 Les protagonistes de la PCER	26
3.3 Discussion	33
4 Démarche	35
4.1 Evaluation du dispositif	35
4.2 Sources d'informations	36
4.3 Conclusion.....	40
5 Résultats et discussion.....	41
5.1 Niveau de réintégration <i>après</i> la thérapie.....	41
5.2 Consommation de drogue.....	44
5.3 Intégration professionnelle	48
5.4 Intégration sociale.....	54
5.5 Transformation identitaire	67
6 Conclusion	71
Bibliographie.....	77
Liste de figures	81
Liste de tableaux.....	81
Annexes.....	83

Résumé

Des paysans qui prennent en charge des personnes toxicomanes, des consommateurs d'héroïne qui soutiennent les agriculteurs dans leur travail quotidien: la prise en charge dans l'espace rural (PCER) est une réponse thérapeutique émergente par rapport au problème de la toxicomanie en Suisse. La personne toxico-dépendante (l'usager) habite une ferme et s'engage dans sa vie quotidienne. L'usager est pris en charge par une famille d'accueil paysanne, ainsi que par un thérapeute d'une institution intermédiaire. La finalité globale de ce traitement est d'accompagner l'usager sur son chemin vers une vie sans drogue et de le soutenir dans le processus de (ré-)intégration sociale et professionnelle.

Les paysans sont-ils les assistants sociaux de l'avenir? Ou s'agit-il d'une subvention déguisée de l'agriculture avec de l'argent du social? Si tel n'était pas le cas, ce type de traitement doit-il être maintenu ou même renforcé? Ce travail de mémoire répond à ces questions, en évaluant la PCER. Il commence toutefois par replacer la problématique dans son contexte – la consommation de substances psychotropes comme problème social – et détaille les mesures prises en Suisse. En se basant sur une démarche pluraliste, il analyse le vécu et les opinions des acteurs actifs dans la PCER. Leur savoir a été récolté au travers d'entretiens semi-directifs, d'une observation participante et de l'analyse des sources écrites. Cette démarche permet non seulement de porter un regard croisé sur les finalités visées et les impacts observés, mais aussi et surtout de porter un jugement sur les mesures mises en œuvre.

Les résultats de l'analyse des sources récoltées sur le terrain montrent que le dispositif de la PCER envisage le problème de la toxicomanie dans sa globalité, en mettant en œuvre des mesures qui soutiennent l'usager à diminuer sa consommation de drogue et à reconstruire son lien social. La PCER est donc envisagée comme une thérapie efficace pour certains types d'usager et comme un revenu secondaire prometteur pour certains types de famille d'accueil. La mise en œuvre des mesures thérapeutiques, par contre, montrent quelques carences. Le travail conclut avec des recommandations pour l'amélioration de ces points.

Zusammenfassung

Bauern betreuen Heroinkonsumenten; drogenabhängige Menschen unterstützen die Landwirte in ihrer alltäglichen Arbeit: die Betreuung im ländlichen Raum (BLR) ist eine neuaufkommende therapeutische Antwort auf das Drogenproblem der Schweiz. Die drogenabhängige Person (der Klient) lebt und arbeitet auf einem Bauernhof, wo sie von der Bauernfamilie und von einem Therapeuten begleitet wird. Das Ziel der Therapie ist, den Klienten auf seinem Weg in ein drogenfreies Leben und zur beruflichen und sozialen Integration zu unterstützen.

Sind die Bauern die Sozialarbeiter von morgen oder handelt es sich um eine Quersubventionierung der Landwirtschaft mit Geldern aus dem Sozialbereich? Soll die BLR erweitert, im jetzigen Rahmen beibehalten oder gar eingestellt werden? Die vorliegende Lizenziatsarbeit beantwortet diese Fragen, indem sie die BLR evaluiert. Zuerst nimmt sie allerdings die Problematik, welche durch diese Therapieform vermindert werden sollte, genauer unter die Lupe. Es wird aufgezeigt, inwiefern der Konsum von gewissen psychoaktiven Substanzen als soziales Problem angesehen wird und welche Lösungsansätze umgesetzt werden um dieses zu verkleinern.

Mit Hilfe einer pluralistischen Methode wurden die Erfahrungen und Meinungen der in der BLR aktiven Personen analysiert. Ihr Wissen wurde mittels semi-direktiven Interviews, einer teilnehmenden Beobachtung sowie der Analyse von schriftlichen Dokumenten erhoben. Diese Methode ermöglicht nicht nur einen intersubjektiven Blickwinkel bezüglich der Zielsetzungen und Effekte der Therapie, sondern insbesondere eine Beurteilung der umgesetzten Massnahmen.

Die Resultate zeigen, dass die BLR das Problem der Drogenabhängigkeit global angeht, indem sie den Klienten bei der Reduktion seines Drogenkonsums sowie bei seiner sozialen Integration unterstützt. Die Betreuungsform ist demnach für eine bestimmte Klientengruppe effizient und stellt für eine bestimmte Gruppe von Landwirten einen vielversprechenden Nebenerwerb dar. In der konkreten Umsetzung der therapeutischen Massnahmen wurden hingegen noch Mängel festgestellt. Die Arbeit kommt zum Schluss, dass die BLR im aktuellen Rahmen beibehalten, aber in einigen Punkten verbessert werden sollte. Dazu werden abschliessend einige Vorschläge unterbreitet.

Abréviations

- ABL** Formation pour les familles d'accueil (**A**nbieter **B**etreuungsleistung ländlicher Raum = prestataires de service de prise en charge dans l'espace rural)
- COSTE** Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue
- ISF** Institut de recherches sur les dépendances (Institut für **S**uchtforschung)
- OFAG** Office fédéral de l'**a**griculture
- OFAS** Office fédéral des **a**ssurances **s**ociales
- OFJ** Office fédéral de la **j**ustice
- OFSP** Office fédéral de la **s**anté **p**ublique
- PCER** Prise en **ch**arge dans l'**e**space **r**ural. Ce travail parle uniquement de la prise en charge des personnes toxicomanes et ne prend pas en compte la prise en charge d'autres personnes en difficultés.
- ROE** Région du Haut-Emmental (**R**egion **O**beres **E**mmental)
- SAP** Direction de la **s**anté publique et de la **p**révoyance sociale du canton de Berne
- TAB** Thérapie à la ferme = programme de prise en charge évalué en Allemagne (**T**herapie **a**uf dem **B**auernhof)

Définitions des termes utilisés

Agriculteur	Nous suivons les consignes de Hainard ¹ d'utiliser les termes "d'agriculteur" et "de paysans" comme synonymes. Ce travail parle surtout des paysans actifs dans la prise en charge comme famille d'accueil.
Consommation ou utilisation de drogue	La consommation ou utilisation de drogue est envisagée comme consommation des produits psychotropes dans sa globalité. Elle inclut tout le continuum de la consommation récréative à la consommation abusive. Pourtant ce travail s'intéresse surtout aux personnes dont la consommation ou ses conséquences posent problème à eux-mêmes ou à leur entourage.
Etat de réintégration après la thérapie	Description du niveau d'intégration de l'usager à un moment donné <i>après</i> la thérapie selon des critères de: Consommation de drogue Intégration professionnelle et sociale Santé physique et psychique Cette description, souvent utilisée par des recherches évaluatives dans le domaine des thérapies de la dépendance, ne prend en compte qu'un moment spécifique après la thérapie et s'intéresse peu à la globalité du processus d'intégration de l'usager.
Institutions	Les organisations qui offrent une thérapie de dépendance. Dans ce travail il s'agit principalement des institutions qui offrent la prise en charge dans l'espace rural.
Thérapie de la dépendance	La thérapie de dépendance est envisagée comme un des éléments influençant la personne toxicomane dans le processus de sa sortie de la vie déterminée par la drogue.
Thérapie résidentielle	La thérapie résidentielle est un traitement de la dépendance qui s'effectue dans des établissements thérapeutiques stationnaires plus au moins fermés vers l'extérieur. Les usagers vivent et travaillent dans l'établissement. La psychothérapie en groupe représente l'approche principale de ce traitement.
Usager	La personne toxicomane inscrite dans une thérapie de dépendance

¹ Hainard, F. (1981) pp. 25-28

1 Introduction

La toxicomanie est un problème social brûlant en Suisse. Les consommateurs de certaines substances psychotropes vivent souvent à la marge de notre société, leur pratique de vie étant généralement considérée comme problématique, voire dangereuse. Les réponses à apporter sont controversées. La non-entrée en matière du Conseil d'Etat sur la modification de la loi sur les stupéfiants en juin 2004 est exemplaire de l'incertitude et du blocage qu'on observe actuellement dans la politique suisse en matière de dépendance.

Par ailleurs, on observe un fossé entre l'analyse des professionnels du secteur et l'opinion publique: selon les premiers, il est nécessaire de s'attaquer d'abord aux problèmes liés à l'abus d'alcool et de tabac. La consommation d'héroïne et de cannabis ne vient qu'après. Au contraire, l'opinion publique et les politiques placent la lutte contre les problèmes liés aux drogues illégales au centre de leurs préoccupations.

Dans le domaine des drogues illégales, une multitude de projets et de mesures ont été réalisés au cours de ces dernières années. A côté des modèles préventifs (répression et prévention) ainsi que des modèles de réduction de risque, des modèles thérapeutiques sont mis en œuvre. Actuellement, le secteur de la thérapie de la dépendance est en cours de transformation. Les thérapies résidentielles visant l'abstinence sont remises en question par les thérapies de substitution (traitement par substitution avec la méthadone ou l'héroïne). Une demande qui diminue et le changement dans la pratique de financement de l'Office fédéral des assurances sociales (1996) ont provoqué la fermeture de plus de 30 établissements résidentiels. Les thérapies par substitution de leur côté sont souvent montrées du doigt, car elles ne parviennent pas à soutenir la personne toxicomane de manière globale dans son chemin vers une vie sans drogue.

Ce travail de mémoire s'intéresse à une nouvelle réponse thérapeutique émergente: la prise en charge des personnes toxicomanes dans l'espace rural (PCER). La personne toxico-dépendante (l'usager) habite une ferme et s'engage dans sa vie quotidienne. Elle est prise en charge par une famille d'accueil paysanne, ainsi que par un thérapeute de l'institution intermédiaire. Selon l'étape du traitement, l'usager fréquente des institutions extérieures, comme un psychologue ou un poste de formation ou de travail. La finalité globale de cette thérapie est d'accompagner l'usager sur son chemin vers une vie sans drogue et de le soutenir dans le processus de (ré-)intégration sociale et professionnelle. La PCER combine les thérapies résidentielles et les thérapies ambulatoires. Elle coûte moins cher et attire en ce moment plus d'usagers que les thérapies en établissements résidentiels.

Parallèlement aux changements observés dans le secteur thérapeutique, l'agriculture suisse se trouve en pleine phase de restructuration elle aussi. La politique agricole 07 demande aux paysans de gérer leur ferme comme des entrepreneurs. Cette loi prévoit une agriculture multifonctionnelle qui requiert de beaucoup de paysans l'élargissement de leur domaine d'activité, en s'investissant dans des travaux de service comme le tourisme, l'enseignement ou les soins.

La PCER semble être la "solution-miracle" qui résoudrait les difficultés des deux secteurs à la fois. Et l'on peut se demander si les paysans suisses sont les assistants sociaux de l'avenir. Mais on peut s'imaginer également que la rencontre de deux modes de vie si différents peut causer de sérieux problèmes. Des voix s'élèvent pour dénoncer une subvention de l'agriculture avec l'argent du social ou même un retour des "enfants placés de force" (Verdingkinder), enfants qui étaient pris en charge par des paysans, mais dont une grande partie a vécu dans des situations d'exploitation, principalement au XIX^e siècle.

A ce jour, il n'y a que peu de recherches qui évaluent la PCER: Füger² analyse dans son travail de diplôme dans quel sens la PCER s'insère dans la multifonctionnalité de l'agriculture suisse. Messerli³, quant à elle, compare, dans son travail de mémoire, la PCER et les thérapies résidentielles. Kүfner⁴ analyse un programme de thérapie à la ferme en Allemagne qui présente pourtant quelques différences avec la PCER en Suisse. Un travail qui évaluerait la PCER par rapport aux effets qu'elle induit sur les usagers et les familles d'accueil est encore à faire. Ce mémoire tente combler ce manque en décrivant et analysant ce dispositif, afin de clarifier ses forces et faiblesses. Autrement dit, la question qui se pose est de savoir si la PCER est une thérapie satisfaisante. Il s'agit de préciser si elle peut être choisie comme modèle méritant un plus grand investissement du point de vue de la politique sociale ou bien s'il s'agit d'une expérience sociale qui devrait continuer dans un cadre restreint, voire même être arrêtée s'il y a constatation d'une inefficacité et d'une insatisfaction des acteurs impliqués.

Puisqu'il s'agit d'une des premières recherches sur la PCER, ce mémoire est exploratoire. Pour la même raison, une démarche pluraliste, qui se base sur le vécu et les opinions des acteurs actifs dans la PCER, a été choisie. Ainsi, nous avons récolté le savoir des acteurs au travers d'entretiens semi-directifs, d'une observation participante et de l'analyse des sources écrites. Cette démarche permet non seulement de porter un regard croisé sur les finalités visées et les impacts observés, mais aussi et surtout de porter un jugement sur les mesures mises en œuvre.

Ce mémoire est d'abord destiné aux personnes étrangères au dispositif, pour qu'elles puissent l'appréhender globalement (démarche récapitulative). L'analyse s'adresse ensuite aux protagonistes du dispositif, pour qu'ils puissent modifier leurs conduites (démarche endoformatrice). Au début du travail, nous éclairerons la toxicomanie et les réponses données à ce problème en Suisse. La PCER comme nouvelle réponse émergente est présentée par la suite. Les précisions sur la démarche utilisée seront suivies par la présentation des résultats récoltés sur le terrain. Le travail se conclut avec une appréhension générale du dispositif et quelques recommandations pour son avenir.

² Fүger, D. (2001)

³ Messerli, M. (2003)

⁴ Kүfner H., Kүmmler P., Trunkó S. (2000)

2 Cadre conceptuel

La PCER est d'abord une réponse à un problème social, celui de la toxicomanie. Pour comprendre le dispositif de la PCER, il faut donc éclairer ce problème et les réponses qui lui sont apportées. Ce chapitre vise à répondre aux deux questions suivantes: comment un comportement en vient-il à être défini comme un comportement toxicomane? Et quelles sont les conséquences concrètes de cette définition? Dans une première partie, il sera traité de la construction historique et actuelle de ce problème. Dans une seconde partie, les réponses collectives apportées à ce problème seront décrites. La PCER sera présentée plus en détail.

2.1 La consommation de drogue comme problème social

2.1.1 Construction sociale de la toxicomanie

L'histoire des représentations sociales de la toxicomanie permet d'appréhender comment notre société "pense" cet objet en relation aux normes et valeurs dominantes relatives à différentes périodes. Un bref aperçu de l'histoire des significations données à la consommation de drogue montre de quelle manière cette consommation est construite comme un problème social.

De la mastication de la coca dans les Andes à la consommation d'alcool fermenté dans le sud-ouest asiatique, l'usage de produits psychotropes à des fins médicales, artistiques, religieuses etc. est une pratique universelle très ancienne. Au XIX^e siècle, la synthèse de la morphine, de la cocaïne et de l'héroïne, ainsi que l'invention de la seringue hypodermique vont révolutionner les méthodes et les moyens d'incorporer ces substances. La morphine sera d'une grande utilité lors de la guerre de Sécession où elle servira à des fins chirurgicales, stimulantes et antidépressives. La consommation de drogue est donc perçue comme une *médication*.

La drogue ne se distingue des médicaments qu'à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle où les médecins vont décoder la diffusion de l'usage de certaines substances en tant que phénomène épidémique. La consommation de ces substances sera considérée dès cette époque comme une *pathologie* (comme *toxicomanie*). Cette époque marque également le début d'un clivage durable entre les "drogues psychoactives socialisées"⁵ et celles socialement stigmatisées avec la différenciation de "drogues" et de l'alcool.

Le terme de "drogue" apparaît dans l'histoire du contrôle international à la conférence de La Haye en 1912. Les contrepoisons (sevrage forcé, traitement moral ou psychothérapeutique) se révèlent impuissants. Les praticiens de la santé sont quasi unanimes: la toxicomanie est une *maladie incurable*. Deux conclusions opposées sont tirées de ce constat d'impuissance: l'interdiction par la loi (Etats Unis, France, Suisse) ou la prescription à ces patients "incurables" des produits dont ils ne peuvent se passer (Grande-Bretagne). La Suisse ratifie la Convention de La Haye en 1918. Elle établit le principe de la prohibition des stupéfiants destinés à un usage autre que médical, dans la première loi fédérale sur les stupéfiants en 1924.

⁵ Ehrenberger (1991) In Boudon, R, et al. (1999) p.69

Au cours du XX^{ème} siècle apparaissent les définitions articulées avec un concept de dépendance psychique et/ou physique. Les changements successifs recommandés par les experts de la Société des Nations, puis de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) témoignent de la difficulté du maniement de ce concept.

Pendant les années 1960, une nouvelle figure du toxicomane surgit et remet en cause la conception de la toxicomanie en tant que maladie incurable. Contrairement aux personnes toxicomanes des années 1910-1930 (militaires coloniaux, médecins ou artistes) les personnes toxicomanes des années 1960/70 sont jeunes et appartiennent souvent à des minorités ethniques. La drogue, associée à la *délinquance juvénile* et à *l'inadaptation sociale*⁶, représente désormais un problème de société.

Le retour des soldats américains du Vietnam constitue une autre clé du changement de conception. Des études de suivi lors de leur retour aux Etats-Unis montrent que trois ans après le retour, 9% seulement des utilisateurs d'héroïne poursuivaient leur consommation. Ils appartenaient le plus souvent à des communautés où l'héroïne était largement distribuée. Les autres, quelquefois avec l'appui d'une cure de désintoxication, le plus souvent avec le seul soutien de leur entourage, avaient renoncé à la drogue. La consommation de drogue n'est plus considérée comme une maladie incurable, mais plutôt comme une *réponse spécifique à un environnement social donné*.

Dans le même cadre, des sociologues commencent à s'intéresser plus activement aux phénomènes de drogue. Les travaux qui s'inscrivent dans l'école de Chicago s'intéressent particulièrement à la population des consommateurs. Ainsi certains sociologues, dont Becker⁷ est certainement le plus illustre, montreront que, pour devenir toxicomane, il faut que l'usager associe au produit consommé les effets provoqués et que sa situation est largement déterminée par la réaction de son entourage. L'action pharmacologique des substances n'est pas la seule variable explicative de la consommation. Zinberg⁸ fait apparaître l'existence d'usagers de drogue parvenant à mener une vie ordinaire, entretenant des réseaux stables de relations, sachant contrôler leur consommation d'héroïne que l'on présente pourtant communément comme tyrannique. Dans le monde médical, cette idée reste encore très discutée: la toxicomanie caractérise les usagers dont la consommation a des effets néfastes sur leur corps et leur entourage.

C'est également vers la fin des années 60 que débute l'histoire récente de la politique suisse en matière de drogue. Avec la première vague de consommation abusive de drogue et la première victime d'une surdose d'héroïne en 1972, le modèle des trois piliers est élaboré. Il prévoit la répression du trafic et de la consommation de drogue, des mesures de prévention auprès des jeunes et une thérapie visant l'abstinence. La loi sur les stupéfiants est révisée en 1975. A partir de ce moment, la distinction est faite entre consommateurs et trafiquants de drogue, la simple consommation étant désormais passible de peines plus légères.

⁶ Richard, D., Senon, J.-L. (1999) p. 408

⁷ surtout avec son ouvrage *Outsiders*, (1963) traduit en français 1985

⁸ Richard, D., Senon, J.-L. (1999) p. 409

Au début des années 1980, des scènes ouvertes voient le jour dans certaines villes suisses. L'apparition du sida implique un changement dans l'action politique. Des seringues stériles sont distribuées aux personnes toxicomanes pour les protéger du VIH et des lieux d'accueil de nuit sont aménagés. L'office fédéral de la santé publique (OFSP) soutient un grand nombre de ces services d'aide, justifiant sa démarche par la nécessaire prévention contre le sida. Cependant, les grands axes de la politique officielle en matière de drogue restent la répression, la prévention et la thérapie.

A la crainte d'une épidémie de sida, s'ajoutent en 1994 des photographies du Letten à Zurich, qui font le tour du monde avec pour commentaire: "Needle-Park". Trois partis gouvernementaux appellent à une dépénalisation de la consommation de drogue et à une prescription médicale d'héroïne. Le conseil fédéral adopte un programme de mesures en vue de réduire les problèmes de drogue et consacre la mise en oeuvre d'un nouveau pilier, celui de la réduction des risques. Le gouvernement formule son adhésion au modèle des quatre piliers, à savoir la répression, la prévention, la thérapie et la réduction des risques et désigne une commission chargée d'élaborer des propositions en vue de réviser la loi sur les stupéfiants⁹.

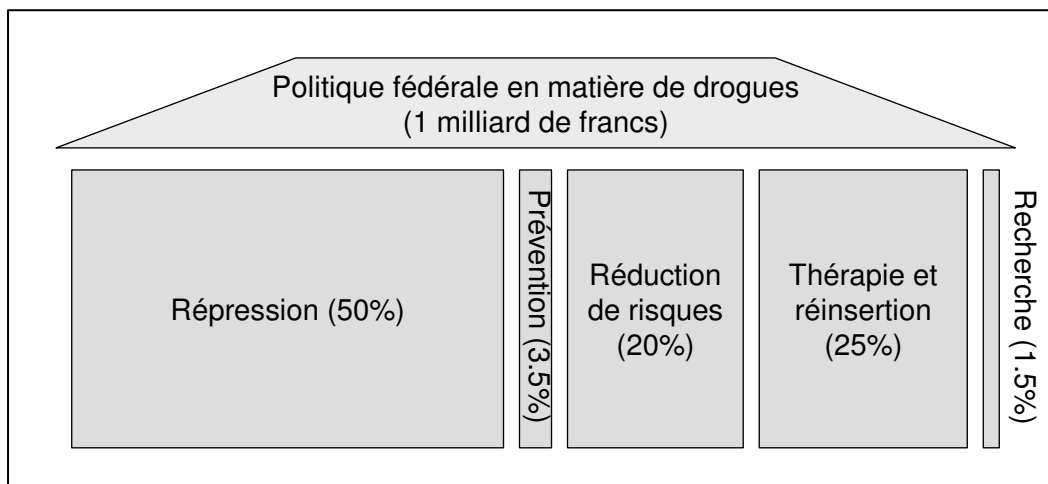


Figure 1: La politique fédérale en matière de drogue¹⁰

Les essais cliniques de prescription médicale d'héroïne, qui font l'objet d'un suivi scientifique, démarrent en 1994. Les résultats démontrent la faisabilité de ce type de prise en charge qui permet d'obtenir de nettes améliorations, tant sur les plans physique, psychique que social, chez les personnes gravement dépendantes ayant connu des échecs avec d'autres formes de thérapie.

Parallèlement, les dispositifs légaux de répression sont renforcés: la notion de "crime organisé" fait son apparition dans le Code pénal et les mesures visant à lutter contre le blanchiment d'argent sont renforcées. L'année 1995 marque la fermeture de la scène ouverte de la drogue à Zurich. En 1997 et 1998, le peuple rejette à plus de 70% des voix les initiatives populaires "Jeunesse sans drogue" et "Droleg". En balayant ces initiatives aussi catégoriquement, la population plébiscite indirectement la politique en matière de drogue menée par la Confédération. L'assimilation de la prescription médicale d'héroïne à une nouvelle forme de thérapie est acceptée par 54 % des votants en 1999.

Ce survol historique montre que la construction de la consommation de drogue en tant que problème social diffère selon les époques et influence les réponses proposées à ce problème.

⁹ Le parlement n'est pas entré en matière sur cette révision le 14.6.2004. (cf. Annexe 1)

¹⁰ Chiffres tirés du rapport de l'Office Fédéral de la santé publique (2002)

De nos jours, il n'existe aucune théorie de la dépendance unanimement acceptée par les spécialistes. La cause du mal continue à être différemment localisée: dans le produit (approche pharmacologique), dans l'esprit (approche psychologique), dans l'environnement proche (approche systémique) ou dans l'organisation de la société (approche sociologique)¹¹. Ces approches et leurs considérations thérapeutiques seront présentées de manière schématique. Nous privilégions une approche mixte qui sera présentée ultérieurement.

L'approche pharmacologique envisage la dépendance sous l'angle de l'effet psychotrope que produit la substance dans le corps du consommateur. La dépendance physique résulte de la désensibilisation des récepteurs opiacés de la moelle épinière. La dépendance psychique est liée à la mise en jeu des neurones contenant la dopamine et appartenant au système de récompense du cerveau. La thérapie consiste à essayer d'éviter le contact de la personne avec le produit.

Dans *l'approche psychologique*, la toxicomanie représente une résolution inadéquate d'un problème interne ou externe relevant du champ de la psychologie. L'approche thérapeutique la plus utilisée (approche cognitivo-comportementale) envisage la consommation de drogue comme acte individuel "dys-fonctionnel". Les personnes toxicomanes présenteraient des caractéristiques psychiques perturbées. Le manque d'estime de soi en particulier peut laisser croire à la personne toxicomane qu'elle doit imiter ses pairs, auxquels elle cherche à emprunter une identité. La thérapie vise à remplacer, par le biais d'un apprentissage, un comportement pathologique par un autre comportement. Ce désapprentissage permet à l'usager de reconnaître les situations à risque et de réagir adéquatement quand ces dernières se présentent.

*L'approche systémique*¹² recourt à une vision circulaire, prenant en compte l'ensemble des protagonistes impliqués dans la relation avec le consommateur de drogue. La consommation est perçue comme symptôme et l'on s'interroge sur les fonctions réelles qu'elle assume. Elle peut être un moyen de réguler des situations familiales difficiles ou une manière de contrôler des faiblesses personnelles. La définition de la dépendance comme pathologie est fortement discutée par les spécialistes de la théorie systémique. La thérapie cherche à changer le système (surtout familial) autour de la personne toxicomane.

L'approche sociologique envisage la toxicomanie comme un problème lié à la société. Cette approche souligne que le problème de la toxicomanie est compris différemment selon les époques. Des auteurs comme Ehrensberg montrent que la consommation de drogues, autrefois associée à la marginalité, peut aujourd'hui témoigner d'une volonté d'adaptation: "Les drogues expérimentées dans les années 1960 dans un cadre de recherche d'alternatives sociales tendent à devenir une forme de réponse à des situations difficiles"¹³. Les recherches sociologiques soulignent que, en ce qui concerne l'usage de médicaments psychopharmacologiques, la distinction entre se soigner et se droguer n'est pas très claire.

¹¹ La catégorisation des perceptions de la toxicomanie s'inspire de Richard, D., Senon, J.-L. (1999) pp. 142-409

¹² Osterhold, G., Molter, H. (Ed) (1992) pp 171-181

¹³ Ehrensberger, A. cité In Richard, D., Senon, J.-L. (1999) p 409

2.1.2 Vers une vision d'ensemble

L'approche choisie dans ce travail fait appel à l'ensemble des approches présentées précédemment. C'est pourtant à l'approche sociologique qu'elle s'apparente le plus. Elle est redevable aux auteurs inscrits dans le paradigme interactionniste comme Goffman¹⁴ et Becker¹⁵, qui démontrent de quelle manière le processus de stigmatisation et de criminalisation des consommateurs de drogues les marginalise et les oblige à se forger une nouvelle identité. La consommation de drogue est dès lors envisagée comme résultat de la rencontre entre l'individu, son milieu social, les normes sociétales et la drogue (Figure 2). Elle est considérée comme action subjectivement appropriée au contexte de l'individu et non pas comme pathologie individuelle. La consommation est donc une tentative de solution d'un problème donné. Il s'agit souvent d'une tentative pour rééquilibrer les tensions entre les ressources et possibilités de l'individu et les exigences de la société.

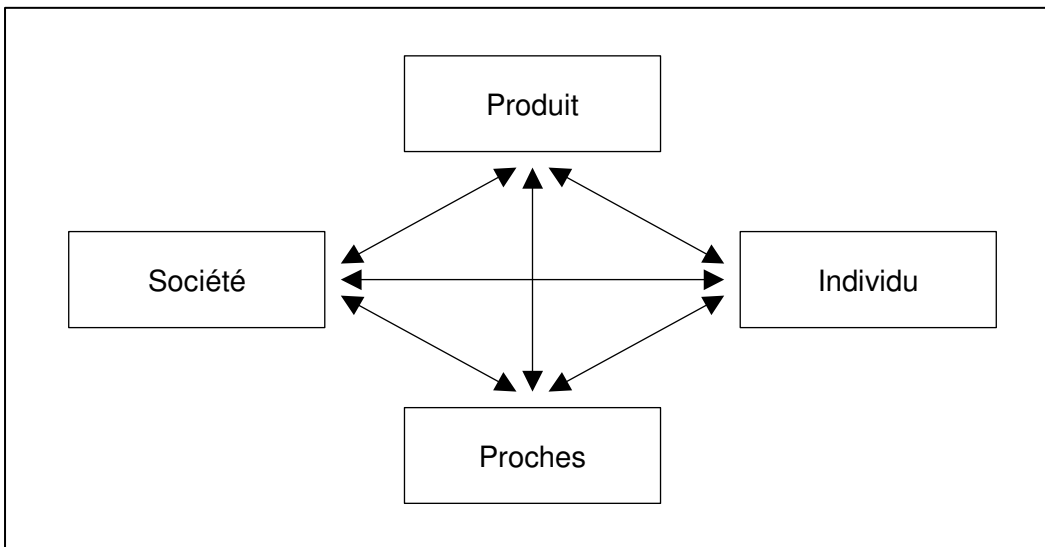


Figure 2: Approche de la toxicomanie choisie dans ce travail: La toxicomanie est envisagée comme le résultat d'un processus.

L'approche mobilisée met ensemble deux options théoriques¹⁶. D'une part, une perspective qui considère que les identités sociales sont intrinsèquement liées aux positions successivement occupées par les individus dans l'espace social. Dans cette optique, l'identité sociale, qui est l'ensemble des traits qui définissent l'individu par rapport aux autres et par lesquelles il est reconnu, n'est jamais définitive, mais s'élabore continuellement en regard aux situations dans lesquelles il se trouve. D'autre part, cette approche implique la considération des individus non seulement comme les objets des processus sociaux, mais comme des acteurs sociaux, pourvus d'une capacité de résistance à la stigmatisation, dotés d'une capacité de mobilisation de leurs ressources et d'un pouvoir, certes limité, de négociation de leur statut. Dans cette perspective, les dispositifs thérapeutiques sont considérés comme des espaces de négociation du lien social. Ce dernier peut être décliné selon trois modalités¹⁷:

¹⁴ Goffman, E. (1975)

¹⁵ Becker, H.S. (1985)

¹⁶ Tiré de Cunha, A. et al. (1998) p.66

¹⁷ Dartiguenave (1996) cité in Cunha, A. et al. (2004), p.24

- *Le lien individuel* désigne le rapport de soi à soi. La construction de ce lien se fait à travers une réconciliation avec soi-même comme on l'observe dans la reprise de confiance en soi.
- *Le lien communautaire* définit le rapport de soi à un groupe d'appartenance, donc l'attachement de l'individu à un réseau de proximité, comme un cercle d'amis ou un groupe de sport.
- *Le lien sociétair*e désigne le rapport de soi à la société globale donc la négociation de l'appartenance de l'individu au tout social, comme elle se fait dans le travail ou dans la participation à la vie politique par exemple.

A ces trois liens communément admis s'ajoute le *lien que l'individu entretient avec la drogue*. Ce lien est, comme nous l'avons montré, fortement influencé par le lien qu'entretiennent les proches de l'individu et la société avec le produit.

Dans la recherche en matière de dépendances, le concept de "*carrière*"¹⁸ a été développé. Groenemeyer montre qu'il est utilisé soit de manière descriptive soit de manière analytique. La première utilisation sert à décrire les trajectoires des différentes personnes toxicomanes, par exemple dans des modèles médicaux ou psychiatriques qui partent de l'idée que l'augmentation de consommation va de pair avec l'augmentation des effets négatifs dans d'autres domaines de la vie. L'utilisation analytique du concept de carrière s'inspire de la théorie de l'interactionnisme. Elle analyse le processus d'identification et de socialisation dans des contextes de stigmatisation ou de marginalisation. Dans ce paradigme, les études portent sur les phases de transition d'une "pratique de vie conventionnelle" à une "pratique de vie divergente"¹⁹.

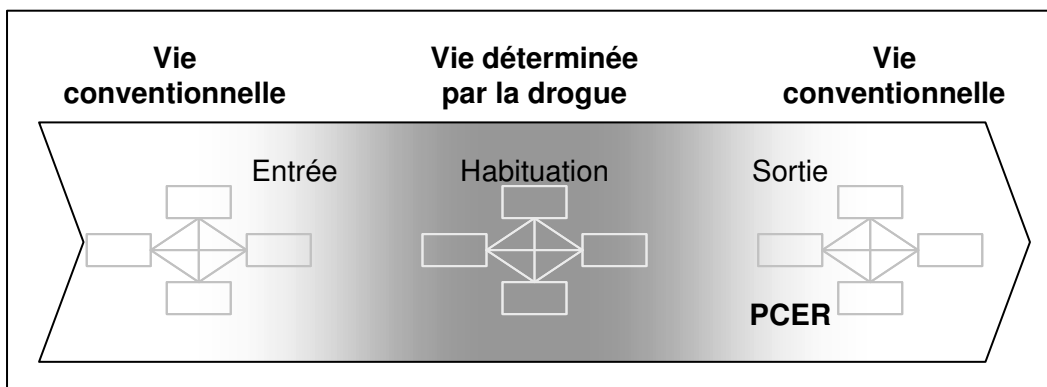


Figure 3 Carrière type d'une personne toxicomane

Chaque personne toxicomane a un vécu unique. Toutefois, la trajectoire des consommateurs de drogue peut être étudiée selon les trois phases suivantes: *l'entrée* dans la consommation de drogue, *l'habituation* à une vie déterminée par la consommation de drogue (une vie non conventionnelle) et la *sortie* de la vie déterminée par la consommation de drogue (réintégration dans une vie

¹⁸ "Drug use carrer", "dependence career", "addiction carrer", "drug treatment career", "Laufbahnsegmente" cf. Groenemeyer, A. (1990) cité in Dobler-Mikola, et al. (2000) p.14

¹⁹ Ces termes sont utilisés dans plusieurs recherches sur la dépendance, par exemple par les recherches de Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, E. (2000). Il est important de souligner que la pratique de vie divergente est défini par rapport à la pratique de vie conventionnelle. Cette définition est largement influencée par les normes dominantes d'une société. Comme nous l'avons montré, la consommation de drogues illégales est aujourd'hui envisagée comme pratique divergente, tandis que la consommation des mêmes substances était une pratique de vie conventionnelle il y cent ans.

Nous avons recours à ces termes de la manière suivante: Nous opposons la vie conventionnelle, qui n'est pas déterminée par l'utilisation de drogue (approvisionnement et consommation), à une vie qui est déterminée par la consommation de drogue dans le sens où l'utilisation et l'approvisionnement de drogue est le principal centre d'intérêt du consommateur et absorbe toute son attention et son temps.

conventionnelle). Pendant toutes ces phases ainsi qu'aux moments de transition entre les phases, le vécu de la personne toxicomane est influencé par les liens qu'il entretient avec lui-même, ses proches, la société et le produit, ainsi que les liens qui existent entre ces autres agents.

La majorité des consommateurs de drogues *entrent* dans une vie orientée par la drogue à travers une consommation expérimentale, souvent récréative. Il n'y a qu'une minorité de ces "consommateurs expérimentateurs" qui développent une consommation problématique et qui font la transition d'une vie conventionnelle vers une vie déterminée par la drogue.

La phase d'*habitation* se caractérise par le changement des centres d'intérêts personnels et une focalisation sur la drogue, qui donne lieu à une nouvelle identité sociale orientée vers la drogue. Becker²⁰ montre de quelle manière les réactions sociales peuvent avoir une influence sur cette habitation. Ainsi, la définition de cette consommation comme illégale et la stigmatisation de l'acteur qui en résulte, renforce l'intégration de l'individu dans le milieu et l'identité "divergente".

En adaptant ce point de vue, nous remarquons que la distinction entre drogues légales et illégales n'a pas seulement une portée juridique, elle influence aussi fortement sur les conditions de vie de la personne toxicomane. En effet, une personne alcoolique ou une personne tabagique sont considérées comme des membres à part entière de la société. Un consommateur de stupéfiants illégaux, par contre, est poursuivi par la loi et mis au ban de la société. Les consommateurs de tabac et d'alcool n'ont pas de difficultés à s'approvisionner en toute légalité. Les personnes alcooliques, par exemple, bénéficient d'un grand choix de boissons dans toute une gamme de qualité et de prix. La personne alcoolique n'est souvent perçue comme telle qu'à un stade avancé, lorsqu'elle n'est plus en mesure de poursuivre son activité professionnelle ou que le cercle de ses relations est durablement perturbé.

Il en va tout autrement pour les consommateurs de drogues illégales. L'achat et la consommation de la drogue les occupent entièrement et conditionnent leur quotidien. Le caractère illégal des substances les rend beaucoup plus chères et rend un contrôle de qualité impossible. Chaque jour, le consommateur doit trouver l'argent qui lui permettra d'acheter sa dose, un vendeur et un endroit où consommer sa drogue. Enfermés dans ce cercle vicieux, beaucoup de consommateurs de drogues illégales se retrouvent inéluctablement isolés du reste de la société. La vie dans l'illégalité et dans la rue aggrave les problèmes de santé²¹.

Dans ce point de vue, le caractère illégal de certaines drogues est fortement mise en question. L'OFSP a mandaté un rapport pour clarifier si une politique des dépendances fragmentée, telle que celle qui est poursuivie jusqu'à ce jour, s'avère toujours judicieuse, avec des programmes distincts pour les drogues illégales, l'alcool et le tabac, ou si une toute nouvelle politique embrassant plusieurs formes de dépendance serait plus indiquée sur le plan technique et politiquement plus acceptable²².

²⁰ Becker, H.S. (1981)

²¹ Des recherches montrent qu'il existe pourtant des consommateurs de drogues illégales qui restent insérés dans la société. Une sécurité économique leur permet d'acquérir des substances de meilleure qualité. L'insertion sociale et professionnelle dans des groupes où la consommation contrôlée de drogues illégales n'est pas stigmatisée fait qu'ils ne perdent pas leurs repères et arrivent à mieux doser leur consommation.

²² Dans ce rapport, Spinatsch montre que la perception des spécialistes en matière de drogue diffère de la perception d'une population plus large qui va de pair avec la distinction faite entre drogue légale et illégale par les politiciens. Les spécialistes sont d'avis que des drogues dites douces sont plus dangereuses et représentent un problème plus grave que les drogues dites dures. (Spinatsch, M. (2004) cf. Annexe 2)

Castel²³ montre que cette marginalisation est un processus qui conduit l'individu vers une situation d'exclusion. Le terme d'exclusion désigne le résultat d'une transformation globale de la socialisation qui tend à disqualifier socialement les individus et provoque souvent un statut stigmatisé²⁴. Les situations d'exclusion peuvent être analysées comme l'aboutissement de la conjonction des deux processus majeurs, de déqualification et de désaffiliation. Le processus de déqualification renvoie à la perte d'intégration dans la sphère du travail salarié, territoire clé dans la construction de l'identité personnelle et sociale. Le processus de désaffiliation désigne l'affaiblissement de l'intégration dans les réseaux de solidarités primaires et dans les réseaux formels de l'Etat Providence. A cela s'ajoute le rapport de dépendance qui s'installe envers le produit.

La *sortie* de la vie orientée par la consommation de drogue est envisagée comme un processus de développement d'action ayant pour but de s'intégrer dans une vie conventionnelle. Cette phase est vue comme un long processus, alternant des périodes sans consommation, des rechutes et des phases de consommation contrôlée. Elle peut se faire sans ou avec assistance professionnelle.

Ce qui nous intéresse dans ce mémoire est surtout la sortie de la vie déterminée par la consommation de drogue. Dans la perspective choisie, il s'agit d'un processus d'intégration et donc de reconstruction du lien social. La thérapie s'insère dans cette phase et influence ainsi, avec d'autres facteurs, la vie de l'utilisateur *après* la thérapie. Elle s'occupe principalement des liens qu'entretient l'utilisateur avec soi-même, ses proches et le produit (cf. Figure 2). Comme nous l'avons vu, la compréhension que les proches et la société ont du produit est toujours présent de manière sous-jacente. Le chapitre suivant montre de quelle manière les différentes sortes de thérapies en Suisse tendent à recomposer ce lien social.

2.2 Réponses thérapeutiques en Suisse

Comme nous l'avons déjà démontré, la stratégie de réponses au problème de la toxicomanie se base sur quatre piliers en Suisse. Dans notre étude, c'est le pilier thérapeutique qui nous intéresse davantage, en particulier le traitement dans l'espace rural qui est une forme thérapeutique peu connue et émergente. Les deux axes connus en Suisse sont d'une part les thérapies de la dépendance visant l'abstinence dans des établissements résidentiels et, d'autre part, les traitements ambulatoires par substitution. Ce chapitre présente d'abord ces deux formes thérapeutiques et montre ensuite de quelle manière la PCER peut être considérée comme une thérapie intermédiaire. Un bref état de la littérature sur ces trois formes thérapeutiques complète la présentation

2.2.1 Thérapies résidentielles

Les thérapies résidentielles partent de l'idée que le développement des ressources nécessaires à l'intégration dans la société n'est possible que dans une abstinence totale et que ce n'est qu'en rupture physique avec le milieu de la drogue que l'individu peut vivre et s'habituer à une vie conventionnelle. Friedrichs²⁵ montre que nombre de ces institutions se basent sur la thérapie en groupe et utilisent principalement des approches psychothérapeutiques qui organisent la thérapie selon le modèle de la reconstruction biographique. Il démontre aussi que beaucoup d'établissements résidentiels se caractérisent par

²³ Castel, R. (1995)

²⁴ Tiré de Cunha, A. et al. (2004) p.9

²⁵ Friedrichs, (2002) p. 184 cité in Messerli, M. (2004) p. 16

les traits des "institutions totalitaires"²⁶, notamment par une communication forcée. Une demande qui diminue de la part des usagers ainsi que le changement des pratiques de financement de l'Office fédéral des assurances sociales (1996) ont provoqué la fermeture de plus de 30 institutions ces dernières années²⁷.

L'OFSP souhaite coordonner et consolider les offres en matière de traitement résidentiel en adoptant les mesures suivantes: d'abord, elle veut introduire un système de financement équilibré pour le traitement en milieu résidentiel (*FiSu-FIDé*). Ensuite, l'OFSP envisage l'extension d'un système de management de qualité *QuaTheDA* (Qualité dans les Thérapies de Drogue et d'Alcool). Cet instrument vise à professionnaliser le milieu résidentiel par le contrôle de l'organisation formelle des institutions.

L'OFSP exige également une évaluation scientifique de l'efficacité thérapeutique. Elle collabore avec l'Institut Suisse de prophylaxie de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies (ISPA, Lausanne) et l'Institut für Suchtforschung (ISF, Zürich). Les recherches de l'ISF, ainsi que les recherches faites dans d'autres pays établissent *l'état de réintégration* des usagers quelques mois ou années après une thérapie en institution fermée.

L'état de réintégration est défini comme un moment donné après la thérapie. Il s'agit donc d'un moment statique qui juge l'usager à partir de critères "objectifs", tels que l'abstinence, l'intégration sociale et professionnelle et l'état de légalité. Quelques recherches y incluent l'état de santé et la forme de logement. Depuis peu, les recherches s'intéressent aussi aux critères "subjectifs" indiqués par les usagers. Les résultats principaux seront présentés par la suite²⁸. Les recherches sont difficilement comparables, car elles mesurent l'état de réintégration en utilisant des indicateurs différents. Un résumé de ces recherches indique pourtant une tendance générale et esquissent des pistes pour l'évaluation d'autres formes thérapeutiques.

2.2.1.1 Etat de la littérature

Ces recherches estiment que *l'abstinence aux drogues illégales* est le critère le plus important pour évaluer l'état de réintégration. Watermann²⁹ résume qu'environ un tiers des consommateurs n'utilisent plus de drogue après une thérapie de dépendance. Un autre tiers continue à consommer de manière régulière. Entre ces deux groupes, on trouve les usagers avec des formes de consommation intermédiaires. En raison de la multiplicité des situations de consommation après la thérapie, Dobler-Mikola³⁰ recommande d'échanger la conception polarisée "abstinence" versus "consommation" par une conception différenciée, qui prend en compte également la consommation récréative, la consommation qui ne pose pas problème ni au consommateur ni à son entourage. Elle recommande aussi d'insister plus sur la prise en charge post-thérapeutique vu que la plupart des usagers vivent une rechute juste après la thérapie.

²⁶ Goffman définit "l'institution totalitaire" comme "un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées." (Goffman, E. (1968) p.7)

²⁷ Le dernier exemple es date dans le canton de Berne est la fermeture de l'Aebihus, fin 2004. La liquidation de cette institution thérapeutique pionnière a secoué les médias et les professionnels de la dépendance. (*Der Bund*, 13.12.2004, p. 24)

²⁸ Les chiffres exacts se trouvent dans l'Annexe 3.

²⁹ Waterman cité In Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000) p.32

³⁰ Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000) p.211

L'insertion professionnelle est également une variable dans l'état de réintégration. Les recherches sont difficilement comparables, car elles définissent l'intégration professionnelle de différentes manières. Toutefois, elles montrent qu'environ la moitié des consommateurs sont intégrés dans une profession ou une formation après avoir suivi une thérapie. La majorité des usagers observent une amélioration de leur intégration professionnelle.

L'intégration sociale est mesurée par des critères très différents comme la relation aux parents et aux amis non-consommateurs, la relation aux amis consommateurs etc. Ces études montrent que la grande majorité des usagers qui finissent une thérapie résidentielle se forgent un réseau social élaboré ou moyennement élaboré et que plus de la moitié sortent du milieu de la drogue.

En résumé, ces recherches démontrent qu'une grande partie des usagers a un meilleur état de réintégration *après* la thérapie qu'avant. Ce résultat va de pair avec l'estimation des usagers qui mettent en avant un changement général positif par rapport à leur bien-être avant la thérapie. Ils indiquent également un changement positif dans leur capacité à supporter la vie sans drogue. Ils soulignent aussi l'amélioration de leur intégration sociale sans pour autant être satisfaits de cette dernière.

Pour améliorer l'efficacité thérapeutique, l'ISF s'est également intéressée aux variables qui *déterminent* l'état de réintégration et a différencié des variables liées à l'utilisateur et à l'institution thérapeutique, ainsi que des variables liées au processus thérapeutique. En principe, l'isolation de ces variables s'effectue à partir d'analyses quantitatives, prenant en compte des variables "objectives" comme l'intégration professionnelle de l'utilisateur avant le traitement par exemple. Des nouvelles connaissances scientifiques montrent, toutefois, l'importance d'en savoir plus sur le vécu et les estimations "subjectives" des usagers³¹. Une première recherche prenant en compte ces estimations des usagers est intégrée dans le résumé suivant:

En ce qui concerne les variables liées à l'utilisateur, les recherches montrent que les usagers qui ne consomment plus de drogue 18 mois après la thérapie expliquent leur "succès"³² d'abord par le fait d'avoir refusé leur vie déterminée par la drogue et ses conséquences physiques et juridiques. Ensuite, ils mettent en avant leur souhait d'une vie meilleure qui fait sens, plus précisément d'une situation professionnelle ou de formation satisfaisante. Les usagers qui consomment des drogues *après* la thérapie expliquent leur "échec" par des raisons individuelles comme leurs problèmes psychiques, ainsi que les problèmes liés au produit comme le désir de consommer des drogues. Ils ajoutent un manque d'intégration sociale et professionnelle.

Dobler-Mikola montre que les usagers qui avant la thérapie ont suivi une activité professionnelle ont plus de chance d'être intégré professionnellement *après* la thérapie que ceux qui n'avaient pas cette intégration³³. Des personnes de nationalité suisse vivent de manière plus abstinentes, ont une situation de logement plus réglée et ont moins de contact avec la justice *après* la thérapie que les personnes d'une nationalité étrangère.

³¹ Le manque d'intérêt des recherches sur la satisfaction des usagers peut s'expliquer par des arguments provenant de la pratique thérapeutique indiquant que le mécontentement de l'utilisateur fait partie de la thérapie et ne peut donc pas être un critère d'évaluation. Wettach démontre, par contre, que la satisfaction des usagers est comparable à la satisfaction d'autres patients et qu'elle influence le déroulement de la thérapie. Il recommande de prendre en compte ces variables "subjectives". (Wettach, R. et al. (2000) p.123, 155)

³² Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000), pp.178-185

³³ Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000) p.214

En ce qui concerne les variables liées à l'institution, ensuite, nous nous référons à Wettach³⁴ qui montre qu'il n'y a que peu de liens entre les variables liées à l'institution thérapeutique (taille, vision du monde, lieu etc.) et l'état de réintégration. Seule l'application sévère des sanctions après une consommation répétée de drogues légales a une influence significative sur la consommation *après* la thérapie. Tous les autres critères n'ont pas d'influences mesurables. Ces résultats semblent démontrer que le choix d'une institution thérapeutique n'est pas révélateur par rapport à l'état de réintégration *après* la thérapie. Toutefois, on peut supposer qu'il existe des effets de sélection: les usagers ne choisissent pas par hasard une institution et les institutions ont des conditions d'admission.

En ce qui concerne les variables liées au processus thérapeutique, finalement, les recherches montrent que les usagers jugent l'abstinence *pendant* la thérapie, comme un critère déterminant pour la vie abstinente *après* la thérapie. Dobler-Mikola identifie la variable "la manière de finir la thérapie" comme un principal facteur déterminant l'état de réintégration *après* la thérapie³⁵. Les usagers qui ont suivi la thérapie le plus longtemps ont un meilleur état de réintégration que les usagers y ayant passés moins de temps. De même, les usagers ayant terminé la thérapie de manière régulière ont un meilleur état de réintégration que les usagers qui l'ont abandonnée avant la date prévue.

Il faut savoir que 50% à 60% des usagers qui commencent une thérapie l'abandonnent avant la fin prévue³⁶. Ce constat a poussé les chercheurs à isoler les variables influençant l'arrêt thérapeutique. Une comparaison entre les usagers qui ont terminé la thérapie et les usagers l'ayant abandonné permet d'identifier des déterminants de l'arrêt thérapeutique. Wettach montre un lien entre la satisfaction des usagers et le niveau de *burnout* des personnes qui les prennent en charge. Il montre que le *burnout* est surtout influencé par la conception thérapeutique de ces personnes: les personnes, qui envisagent la rechute comme échec thérapeutique, voire comme échec personnel, souffrent plus facilement d'un *burnout* que les personnes qui envisagent la rechute comme partie inhérente à la thérapie.

Cet état des recherches nous donne une indication sur les résultats thérapeutiques des différents établissements de thérapie résidentielle ainsi qu'un aperçu des variables qui ont une influence significative sur la vie de l'utilisateur *après* la thérapie. Il s'agit donc d'abord de variables liées à l'utilisateur, telles que sa nationalité et son intégration professionnelle avant la thérapie, ainsi que son attitude par rapport à la vie en général et par rapport à la vie déterminée par la drogue en particulier. Il s'agit ensuite de variables liées à l'institution thérapeutique comme l'application conséquente des sanctions. Il s'agit finalement de variables liées au processus thérapeutique dont la variable la plus importante est de savoir si l'utilisateur finit ou abandonne la thérapie. D'autres variables du processus thérapeutique sont la distance avec le milieu de la drogue, l'apprentissage à se fixer des objectifs, l'intégration sociale et la capacité de donner un sens à la vie. Ces quelques variables ont été identifiées à partir d'échantillons et d'institutions différentes, ce qui permet de les généraliser et de les utiliser pour l'évaluation d'autres formes thérapeutiques. Elles vont ainsi être utilisées comme critères d'évaluation de la PCER.

³⁴ Wettach, R. et al. (2000) p.10

³⁵ La manière de commencer la thérapie par contre (comme alternative à la prison ou comme "décision libre") n'a pas d'influence démontrable sur l'état de réintégration une année après la thérapie. Ceci est démontré par plusieurs recherches citées In Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000) p.213

³⁶ montré par Grichting et al. (1999); Herbst (1992); Uchtenhagen (2000) cités In Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000) p.215

2.2.2 Thérapies de substitution ambulatoires

Malgré la multitude de recherches sur les traitements résidentiels, il n'y a que très peu de recherches sur les thérapies de substitution ambulatoires. Ces dernières partent de l'idée que l'intégration de l'utilisateur ne peut être durable que si elle se construit en fonction de la vie de la personne dépendante. La mise à disposition de drogues de substitution permet à l'individu de s'orienter vers des pratiques de vie conventionnelle, sans pour autant perdre tous ses liens sociaux liés au milieu de la drogue. Le traitement ne vise pas l'abstinence de la personne, mais avant tout sa stabilisation. La substitution par de la méthadone représente le traitement le plus répandu.

Jusqu'au milieu des années 1980, peu de prescriptions étaient permises (environ 1000 en 1987)³⁷. Une prescription devait mener à une cure de désintoxication à court terme (traitement de haut seuil). La situation a changé avec le début de la politique de réduction des risques (environ 19000 prescriptions permises en 2000). L'objectif de celles-ci est d'offrir à chaque consommateur de drogues le service qu'il peut accepter en fonction de l'étape de son processus entre vie non-conventionnelle et vie conventionnelle (seringues stériles, traitement de substitution ou enfin sevrage).

Selon une méta-analyse³⁸, le traitement avec méthadone a des défauts surtout dans la (non-)prise en charge de la personne. En général, les doses prescrites (par les médecins généralistes) ne sont pas assez élevées, ce qui produit des effets de sevrage et de compensation par la consommation d'héroïne ou de cocaïne. L'interaction pharmacologique avec ces substances psychotropes n'est pas encore assez étudiée et a probablement des effets néfastes sur les consommateurs. En dépit de ces problèmes, les spécialistes jugent le secteur ambulatoire comme un modèle d'avenir, en ce qui concerne l'offre thérapeutique en Suisse, et les difficultés actuelles dans le secteur résidentiel soulignent cette tendance.

La prescription d'héroïne s'est d'abord inscrite entièrement dans le pilier de réduction des risques. Elle est reconnue depuis 1999 comme forme de traitement pour les personnes dépendantes jugées "incurables" afin de les protéger contre le VIH, les surdosages, ainsi que pour diminuer la criminalité (liée à l'obtention du produit).

2.2.3 Une thérapie mixte: La prise en charge dans l'espace rural

La PCER emprunte des concepts aux deux types de thérapies présentées précédemment. Elle s'oriente, comme les thérapies résidentielles, vers l'abstinence, mais l'utilisateur peut être inscrit dans un programme de prescription de méthadone, où il va soit réduire, soit stabiliser la dose. La PCER provoque une rupture avec le milieu de la consommation de manière plus ouverte et plus conséquente que les thérapies résidentielles. Elle est plus ouverte dans le sens que l'utilisateur peut quitter la ferme, quand il le veut et plus conséquente dans le sens que l'utilisateur est la seule personne ayant l'expérience de la consommation qui soit prise en charge.

La PCER peut apparaître comme un retour sur les premiers essais thérapeutiques des années 1970: des fermes ont été converties en communautés thérapeutiques avec la conviction que l'utilisateur pourrait renforcer ses forces de résistance contre une rechute par une distance conséquente du milieu et par un "environnement sain, dans la nature"³⁹. Ces thérapies duraient plusieurs années. Les années 1980 montrent que la seule distance avec le milieu

³⁷ MaProDro (2002) p.77

³⁸ MaProDro (2002)

³⁹ Kűfner H., Kűmmler P., Trunkó S. (2000) p.1

ne résout pas les problèmes de dépendance, mais peut, au contraire, l'accentuer par des problèmes au moment de la réintégration en ville *après* la thérapie. En conséquence, les institutions se sont spécialisées dans des approches psychothérapeutiques en diminuant les parties sociothérapeutiques et en diminuant la durée de la thérapie. Les différences principales entre la PCER actuelle et les fermes thérapeutiques des années 1970 sont que les usagers de la PCER vivent et travaillent dans une "vraie ferme" avec la famille paysanne qui l'exploite. Par ailleurs, ils sont pris en charge par des thérapeutes extérieurs à la ferme et s'investissent, selon les cas, dans une psychothérapie, un travail ou une formation à l'extérieur de la ferme. La thérapie est d'une durée déterminée entre 12 et 18 mois.

2.2.3.1 Recherches sur la PCER

Il n'y a que très peu de recherches sur les thérapies dans l'espace rural. Nous n'avons trouvé que deux travaux de mémoire, ainsi qu'une recherche évaluative sur une thérapie comparable en Allemagne.

Füger⁴⁰ (ETH Zurich) analyse dans son travail de diplôme l'insertion de la PCER dans la multifonctionnalité de l'agriculture suisse. Les effets de la PCER sur l'utilisateur sont peu traités. Il estime pourtant que le taux d'utilisateurs qui réussissent la thérapie (dans le sens qu'ils finissent la thérapie et vivent de manière autonome et abstinente après celle-ci), est d'environ 30%, donc similaire aux taux d'utilisateurs qui réussissent dans une thérapie résidentielle.

Messerli⁴¹ (école sociale Zurich) s'intéresse, dans son travail de mémoire aux différences entre une PCER et une thérapie en institution fermée. Elle estime que le "taux de succès" dans une PCER est plus élevé que dans les thérapies résidentielles.

Füger et Messerli ne précisent pourtant pas les bases qui leur permettent de poser ce jugement. Nous pensons qu'une comparaison directe entre la PCER et d'autres thérapies pose problème, car on ne trouve probablement pas les mêmes usagers dans les deux formes de thérapies.

Küfner⁴² analyse un programme de thérapie à la ferme en Allemagne (TAB= Therapie auf dem Bauernhof). L'étude quantitative de Küfner détermine l'état de réintégration des usagers *après* la thérapie ainsi que les variables qui déterminent cet état:

Küfner montre ainsi que six mois après la fin de la thérapie, 43% des usagers ne consomment plus de drogues illégales (57% ne consomment plus de drogues dites dures). En comparaison avec des thérapies résidentielles en Allemagne, le taux d'abstinence de TAB est significativement meilleur (57% en TAB par rapport à 43% en thérapie résidentielle). 40% des usagers sont intégrés dans un travail stable et 45% financent leur vie à partir du salaire gagné. 50% des usagers disent avoir des problèmes avec la gestion de leur temps libre.

Il y a une différence significative dans le taux d'abstinence après la thérapie entre les usagers qui terminent la thérapie au moment prévu et les usagers qui l'abandonnent précocement. (Ceux qui terminent ont un taux d'abstinence des drogues illégales de 64%, ceux qui l'abandonnent ont un taux de 29%.) La TAB a un taux d'arrêt thérapeutique de 55%. Par contre, la TAB ne trouve pas de liens statistiquement significatifs entre les ressources et déficits des usagers avant la thérapie et la manière dont ils finissent la thérapie.

⁴⁰ Füger, D. (2001)

⁴¹ Messerli, M. (2003)

⁴² Küfner H., Kümmler P., Trunkó S. (2000)

Küfner montre que la famille d'accueil a une influence significative sur le fait que l'utilisateur achève ou abandonne la thérapie: les usagers qui vivent dans des familles d'accueil avec beaucoup de conflits abandonnent davantage la thérapie que les usagers qui vivent dans des familles où il y a peu de conflit. Les usagers ayant terminé une TAB estiment important que les familles d'accueil aient des capacités de communication élevées. Pour cela, il leur faudrait une préparation et une formation surtout pour acquérir des connaissances sur la dépendance et ses conséquences. Les usagers soulignent l'importance de pouvoir effectuer un travail qui fait sens, mais que la famille ne soit pas fixée uniquement sur le travail.

Dans les variables qui déterminent l'état de réintégration de l'utilisateur après la thérapie identifiées par Küfner, nous retrouvons les variables qui avaient été identifiées par des recherches sur le milieu résidentiel (cf. chapitre 2.2.1.1). Küfner détermine ainsi également la manière de finir la thérapie comme la variable qui influence le plus l'état de réintégration. Une comparaison entre les conceptions thérapeutiques de la TAB et celles appliquées dans la PCER en Suisse permettra de voir de quelle manière les résultats de Küfner peuvent être transférés sur la PCER en Suisse.

2.3 Conclusion

Ce chapitre a délimité le cadre dans lequel nous comprenons la PCER. Nous la voyons comme une des réponses thérapeutiques au problème de la consommation de drogue. Cette dernière est aujourd'hui envisagée comme un problème social et la vie menée par les consommateurs de drogue est appréhendée comme une vie non-conventionnelle par rapport à la vie conventionnelle des non-consommateurs. L'approche que nous avons choisie pour ce travail envisage toutes les phases de la carrière du consommateur de drogue comme résultat de l'interaction entre lui, le produit qu'il consomme, ses proches et la société (cf. Figure 2). Cette manière d'envisager le problème est fondée sur une perspective de l'acteur et de l'action sociale spécifique. Ce chapitre montre que d'autres perspectives existent également.

Ce travail s'intéresse particulièrement au moment où l'utilisateur quitte sa vie déterminée par la drogue et aux modèles thérapeutiques qui le soutiennent dans ce processus. Ces modèles dépendent et influencent également la représentation dominante de la toxicomanie. Le modèle retenu dans ce travail est celui de l'intégration comme réponse à l'exclusion. Il se base sur la théorie du lien social et est mis en œuvre en milieu résidentiel et ambulatoire. La PCER est une approche qui combine des aspects de ces deux thérapies. Pourtant une comparaison directe entre ces trois thérapies n'est pas possible, car elles accueillent probablement des types d'utilisateurs différents. Actuellement, la PCER n'est pas évaluée de manière approfondie. Ce mémoire vise à combler ce manque de connaissances en éclairant la PCER à travers une étude de terrain. Nous avons choisi le cas de la PCER du canton de Berne que nous allons présenter plus en détail.

3 La PCER dans le canton de Berne

Nous analysons la PCER dans le canton de Berne. Cette délimitation nous évite de nous perdre dans les différences cantonales. Le canton de Berne se prête bien à l'analyse, car c'est un des cantons où la PCER est la plus développée. Selon Koste⁴³, il y a environ dix institutions offrant la PCER en Suisse, dont trois se trouvent dans le canton de Berne. Le choix de ce terrain s'explique surtout par les liens que nous avons pu établir avec des familles d'accueil, lors d'une formation destinée à celles-ci. Ce chapitre présente brièvement le canton de Berne et décrit ensuite la PCER mise en œuvre dans ce canton.

3.1 Le canton de Berne

Le canton de Berne, qui compte presque un million d'habitants, reste un canton plutôt rural. Dans le canton, il y a environ 70 familles qui accueillent des usagers toxicomanes. A ces familles s'en ajoutent d'autres qui prennent en charge d'autres personnes telles que des enfants vivant en institution, des jeunes en difficulté ou des personnes âgées⁴⁴. La majorité des familles d'accueil se trouvent dans l'Emmental, la vallée qui lie Berne et Lucerne. Traditionnellement, les paysans de l'Emmental vivaient en familles élargies. Ainsi, plusieurs générations vivaient avec des bonnes et garçons sous le même toit. C'est une vallée ayant une longue tradition agricole, mais aussi pédagogique. Ainsi des pédagogues renommés comme Jeremias Gotthelf, Simon Gfeller ou Fritz Eimann y ont vécu. Aujourd'hui encore, l'Emmental a une grande variété d'établissements médico-sociaux et peu d'industries. Ainsi s'explique le fait qu'il s'agit de la région avec un des plus faibles rendements par tête de la Suisse.

La prise en charge dans l'Emmental compte un chapitre noir à son histoire. Durant le XIX^e siècle (mais jusqu'à la moitié du XX^e siècle) les employés agricoles pauvres étaient obligés de faire prendre en charge leurs enfants par des familles paysannes riches ("Enfants placés de force" ou "Verdingkinder"). Une grande partie de ces enfants ont vécu dans des situations d'exploitation et d'abus. Ce sujet est revenu dans l'actualité avec le rejet du Conseil Fédéral de la motion demandant une recherche historique sur la question des enfants placés de force en automne 2003 (cf. Annexe 4).

⁴³ <http://www.koste.ch>, consulté le 29.10.2004.

⁴⁴ Ce travail s'intéresse uniquement à la prise en charge des personnes toxicomanes. La prise en charge par des familles d'accueil d'autres personnes en difficulté est différente, car elle est organisée par des institutions distinctes et relève du contrôle de la commune. Les mécanismes de contrôle et de suivi ne sont donc pas comparables.

3.2 Les protagonistes de la PCER

La PCER implique des acteurs différents (cf. Figure 4). Ils seront présentés en montrant leur perception du problème de la toxicomanie, ainsi que les finalités qu'ils envisagent pour le dispositif de la PCER.

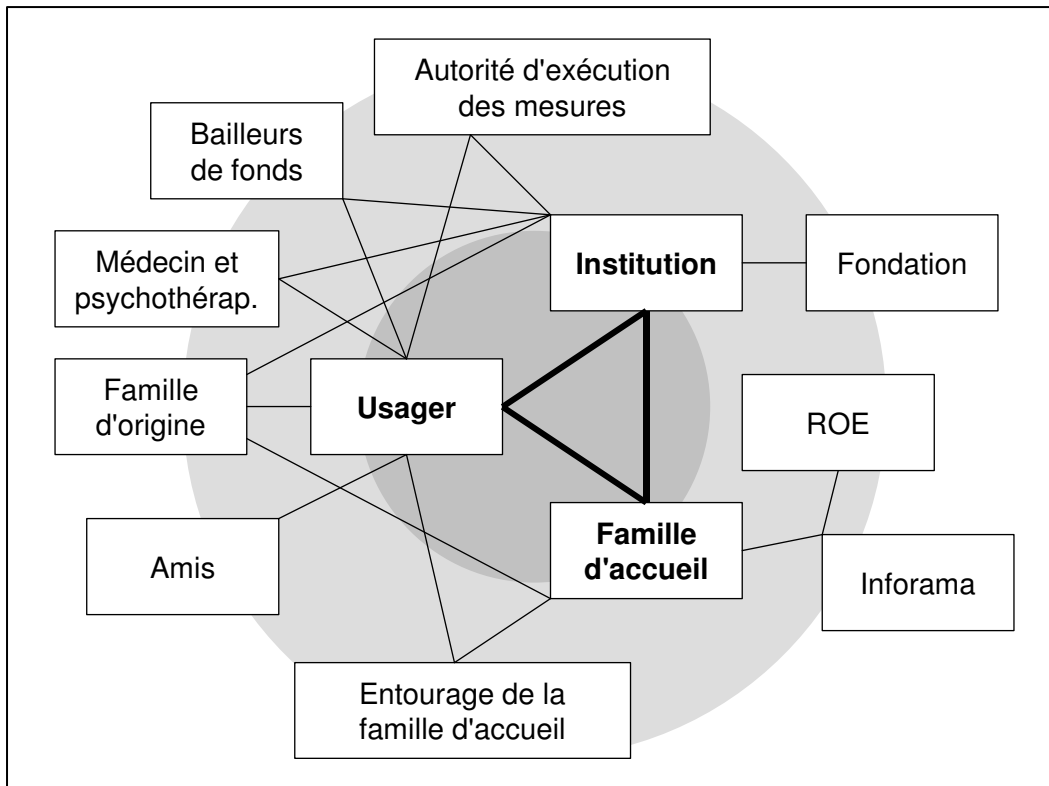


Figure 4: Les acteurs dans la PCER

Au centre de la thérapie (dans le premier cercle) se trouve le triangle usager – famille d'accueil – institutions. Le cercle plus éloigné, représente l'entourage influençant ces acteurs⁴⁵.

3.2.1 Les usagers

La PCER s'adresse à des personnes de plus de 14 ans, qui ont des difficultés personnelles, familiales ou juridiques suite à une consommation de drogue. Ils ne sont plus en mesure de gérer leur vie quotidienne et ont besoin d'un encadrement thérapeutique. Les institutions indiquent que la large majorité des usagers qui postulent pour une PCER est masculine.

Les interviewés n'envisagent pas de la même manière les prérequis que devrait présenter un usager pour entrer en PCER. Selon les usagers interviewés, c'est principalement la motivation de changer quelque chose dans le comportement de consommation de drogue qui est nécessaire. Un autre prérequis avancé par les usagers interviewés est l'humilité; il faut savoir accepter le fait d'être sous le contrôle d'une famille et de travailler beaucoup pour peu d'indemnisation financière. Les institutions, de leur côté, présupposent que l'usager envisage avec honnêteté une vie sans drogue et une volonté de s'investir dans le travail et dans la prise de responsabilités. Les familles paysannes estiment que le plus important est que l'usager vienne de sa propre volonté et non pas sous la pression exercée par son entourage. En outre, la volonté d'auto-réflexion est jugée indispensable.

⁴⁵ Source pour construire ce schéma: entretiens avec les acteurs et ordonnance sur les foyer et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaire de soins (SAP, 1996)

Les institutions sélectionnent les usagers par un procédé standardisé. Lors d'un premier entretien d'information, l'utilisateur prend connaissance de l'offre thérapeutique et expose ses objectifs. Cet entretien consiste plutôt en un entretien de clarification et de motivation, car beaucoup d'utilisateurs postulent sous la pression de leur entourage, sans être sûrs de vouloir entreprendre une thérapie. L'utilisateur peut ensuite postuler pour une place en thérapie et s'occuper de son financement⁴⁶. Lors du dernier entretien, l'utilisateur élabore les objectifs précis de la thérapie. Ceux-ci varient considérablement d'une personne à l'autre. D'après les thérapeutes, la plupart des usagers veulent "changer quelque chose dans leur vie". Au commencement de la thérapie, l'utilisateur a accompli un sevrage physique ou est inscrit dans un programme de substitution par méthadone; il met à disposition un certificat médical nécessaire pour que la famille d'accueil puisse prendre les mesures de sécurité adéquate (Allergies, VIH, etc).

Les usagers interrogés ont des idées très claires sur ce que représente pour eux la consommation de drogue. Pour l'un, elle est d'abord "un chemin illusoire pour rompre avec la" et ensuite "le chemin de la moindre résistance pour réagir sur les mécontentements de la vie". Pour l'autre, elle est un bon moyen pour évacuer les pressions sociétales. C'est un moment de pause, donc d'abord un moment récréatif. La consommation devient dépendance, si une grande partie de la journée est déterminée par l'obtention de la drogue est que d'autres activités sont négligées. Ce besoin va si loin, que le consommateur est obligé de faire des choses illégales. Pour cet usager, la dépendance est une attitude contre laquelle on ne peut rien faire sinon de trouver des moyens pour la compenser. Faire du sport ou consommer de la drogue, les deux peuvent être des moyens de compenser cette prédisposition.

Les deux usagers interrogés se fixent surtout des objectifs par rapport au temps de la thérapie pendant lequel ils veulent faire un travail sur eux-mêmes. Ils souhaitent réfléchir sur leur comportement de consommation et y trouver des comportements alternatifs. Pendant ce temps, ils espèrent aussi régler tout ce qui est de l'ordre administratif et juridique, renouer des contacts sociaux et améliorer leurs ressources culturelles (par exemple, apprendre à être ponctuel au travail) et sociales (combler les déficits dans les rapports humains.) La vie *après* la thérapie apparaît comme un objectif secondaire. Ils visent une intégration professionnelle et surtout l'autonomie financière qui en découle. L'abstinence n'est pas l'objectif principal puisqu'ils s'imaginent une vie avec une consommation contrôlée.

3.2.2 Les institutions

Les institutions se trouvent dans une position charnière entre la politique publique et les usagers. D'un côté, elles ont un contrat avec la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) ou l'autorité d'exécution des mesures. Ce dans ce cadre qu'elles s'engagent à mettre en œuvre une thérapie qui vise l'abstinence. De l'autre côté, elles ont un mandat de l'utilisateur, afin que ce dernier puisse réaliser ses propres objectifs thérapeutiques (cf Figure 5).

Les trois institutions sont certifiées QuaTheDA depuis 2002 et participent à des projets de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie (ISF). A ces évaluations s'ajoutent des évaluations internes. Les thérapeutes ont une

⁴⁶ Une journée coûte 220.-. La SAP en finance une partie. Lorsque les usagers postulent depuis la prison, ils doivent avoir l'accord de l'autorité d'exécution des mesures pour remplacer la peine par une thérapie. Dans ce cas, c'est l'autorité d'exécution des mesures qui s'occupe du financement de la thérapie. Les autres usagers payent la thérapie eux-mêmes, le plus souvent grâce aux subsides de leur commune d'origine. Cette dernière peut se référer aux parents de l'utilisateur qui sont obligés de rembourser les frais selon leurs moyens. Quelques usagers reçoivent des subsides de la caisse maladie ou sont bénéficiaires d'une rente d'assurance invalidité.

formation dans le secteur du social ainsi que des formations complémentaires en thérapie systémique. Ils sont supervisés et suivent des formations continues. Ils prennent la responsabilité de la thérapie en accompagnant les usagers et les familles d'accueil. Ils mettent à disposition une gestion de crise en étant atteignables 24 heures sur 24 pour les familles d'accueil.

Les trois institutions prises en compte dans ce travail se différencient par leur conception thérapeutique et par leur forme d'organisation. L'influence de ces différences sur l'effet thérapeutique ne peut pas être évaluée dans un travail exploratoire du type de ce mémoire. Une telle évaluation serait cependant souhaitable. Les différences s'observent probablement surtout dans des conceptions différentes par rapport aux finalités thérapeutiques. A titre d'exemple, un thérapeute dira qu'il trouve problématique de parler d'un succès thérapeutique, si un usager après la thérapie se retrouve dans la rue en consommant à nouveau. Un autre affirmera par contre qu'une thérapie sans consommation peut déjà être vue comme un succès, même si l'abstinence ne dure que cette année-là. Dans l'analyse qui suit, nous ne différencierons donc pas les énoncés des thérapeutes d'institutions différentes. Nous discuterons pourtant des contradictions éventuelles.

Les trois institutions sont en concurrence dans la mesure où elles s'adressent au même public cible. En même temps, elles collaborent à l'élaboration de critères concernant le choix des familles d'accueil. Ensemble, elles ont une quarantaine de places thérapeutiques à disposition, prises en charge par 17 thérapeutes. Voici une brève présentation des trois instituts:

Prisma (fondé en 1982 d'après un modèle danois) fait partie de la fondation Contact Netz Berne. Ainsi, les "usagers Prisma" peuvent utiliser les offres du Contact Netz (Service d'orientation professionnelle, Centre de thérapie par substitution à la méthadone, travail protégé dans un magasin alimentaire). Prisma offre six places thérapeutiques, encadrées par deux thérapeutes.

La thérapie en famille d'accueil (fondée en 1992) de *Terra Vecchia* fait partie de la Fondation Terra Vecchia (fondée en 1972). Terra Vecchia offre 18 places, encadrées par neuf thérapeutes.

L'institution *Projekt Alp* (fondée en 1997) se distingue de Prisma et de Terra Vecchia par son caractère privé. Elle ne reçoit pas de subventions du SAP: elle est financée uniquement par les indemnités versées par les clients du service (le plus souvent la commune de l'usager et le canton). Elle offre 12 places, encadrées par six thérapeutes.

Les trois institutions envisagent la toxicomanie de manière différente. Pour les uns, la toxicomanie est une stratégie de survie. Dans des moments d'insécurité ou de crise, tous les hommes auraient tendance à recourir à des actes connus et ainsi sécurisants. Pour la personne toxicomane, la consommation de drogue représente un tel acte. La consommation est donc envisagée comme réponse du psychisme à un problème qui peut provenir du corps, du psychisme ou de l'environnement de l'usager.

Ein Therapeut: "Sucht kann ein Versuch sein mit dem Leben klarzukommen."

Un thérapeute: "La dépendance peut s'expliquer comme étant un moyen de surmonter les problèmes du quotidien."

D'autres thérapeutes sont d'avis que la dépendance est une maladie provenant de la consommation des produits mêmes.

Ein Therapeut: "Etwas, dass man haben muss, ohne dass man nicht mehr existieren kann."

Un thérapeute: "Une chose, sans laquelle on n'arrive plus à vivre."

Ein Therapeut: "Man muss es oft substanzgebunden betrachten. Der Konsum von Heroin macht, dass die Gefühle wie einfrieren. Die Konsumenten lassen nichts mehr an sich herankommen, haben kein Interesse mehr für nichts, weder Hobby noch Zeitungslesen."

Un thérapeute: "On doit l'appréhender de manière différenciée. Chaque produit révèle une forme de dépendance différente. Par exemple, la consommation d'héroïne fait que les sentiments se figent. Les consommateurs ne sont plus touchés par rien, ils n'ont plus d'intérêt, ni hobby ni lecture."

La différenciation de la dépendance selon l'acte effectué ou le produit consommé est contredit par d'autres thérapeutes:

Ein Therapeut: "Drogensucht kann man nicht speziell anschauen, es geht um Sucht im allgemeinen."

Un thérapeute: "La toxicomanie ne peut pas être envisagée de manière particulière, mais doit être comprise dans le contexte global des dépendances."

La toxicomanie est alors envisagée soit comme symptôme, soit comme cause d'un mal-être et d'une perte d'autonomie. Indépendamment de l'identification des causes de la toxicomanie, les thérapeutes sont unanimes sur le fait que la consommation a des effets sur la vie quotidienne de l'usager. Celle-ci est déterminée par la consommation de drogue.

Ein Therapeut: "Ein süchtiger Mensch hat seine Eigenverantwortung nicht mehr, weil er den ganzen Tagesablauf nach dem Stoff richtet... das heisst aber nicht, dass er unselbständig ist. In seinem Gassenleben muss er sehr selbständig sein, um darin überhaupt überleben zu können."

Un thérapeute: "Une personne toxicomane n'arrive plus à assumer sa prise en charge, puisque toute sa journée est déterminée par le produit... cela ne veut pas dire qu'elle ne soit pas autonome. Dans la rue, il lui faut beaucoup d'autonomie, afin de pouvoir survivre."

En parlant des objectifs thérapeutiques, les thérapeutes interrogés insistent davantage sur le processus thérapeutique (la non-consommation de drogues illégales, l'élaboration des perspectives professionnelles, la reconstitution d'un réseau social, un changement personnel et identitaire, la stabilisation de la santé psychique et physique, ainsi que la gestion des tâches administratives et juridiques *pendant* la thérapie) que sur la vie *après* la thérapie.

Dans leurs documentations, les institutions décrivent l'objectif thérapeutique comme l'élargissement des compétences de l'usager pour qu'il puisse mener une vie autonome et abstinentes *après* la thérapie. Lors des entretiens, les thérapeutes relativisent cependant cette autonomie: l'autonomie financière n'est pas un objectif ultime, car l'usager peut être intégré professionnellement dans le marché du travail protégé sans avoir à se gérer financièrement. L'abstinence aux drogues illégales est également fortement discutée dans le sens que deux thérapeutes sont d'avis que la consommation de drogue est un problème d'importance restreinte. Un autre thérapeute se distingue en affirmant que l'objectif principal est que l'usager continue de vivre sans drogue *après* la thérapie.

3.2.3 Les familles d'accueil

Les familles paysannes sont choisies et formées au travail de prise en charge par les institutions. Suite à la proposition des institutions, le SAP leur délivre une autorisation de fonctionner en tant que famille d'accueil. La famille s'engage à intégrer l'usager à sa vie familiale et professionnelle. Elle est dédommée pour son travail de prise en charge, ainsi que pour la nourriture et le logement qu'elle met à disposition de l'usager (90 francs par jour total). Les acteurs sont unanimes sur le fait qu'une formation spécifique sociale n'est pas indispensable. Cependant, la participation aux journées de formation offertes par les institutions, ainsi qu'aux séances thérapeutiques hebdomadaires est obligatoire.

A cela s'ajoute la délimitation claire d'un cadre qui peut être résumé par des critères formels tels qu'une chambre individuelle et des installations sanitaires minimales; du temps pour la prise en charge, pour les séances thérapeutiques hebdomadaires et les deux jours de formation; la possibilité d'offrir une structure quotidienne régulière et d'intégrer l'usager à des travaux variés. A cela s'ajoutent des critères personnels tels que l'intérêt pour des valeurs différentes et la sensibilité aux problèmes d'autrui et finalement des critères liés au système familial tels que la santé de tous les membres et l'accord des deux époux avec l'engagement dans la prise en charge. Pour quelques paysans, l'accord de tous les membres de la famille est une condition sine qua non, pour d'autres, l'accord des enfants et des grands-parents n'est pas primordial.

La plupart des familles d'accueil n'avaient pas de contacts avec des consommateurs de drogue avant d'en prendre en charge quelques-uns. Ils disent que la vie avec les usagers et la connaissance de leur biographie leur a permis de remplacer le stéréotype du "gfürläche, fuule Drögeler" ("du toxico dangereux et paresseux") par une image nuancée de ce qui est la toxicomanie.

La consommation de drogue représente pour eux une stratégie de gestion d'une vie difficile (problèmes familiaux, problèmes de trouver du travail). Ces difficultés sont principalement le produit d'une société malsaine. Les usagers ont des comportements "anormaux", à cause de leur vécu dans le milieu de la drogue et pas parce qu'ils ont une maladie. La drogue et son obtention font, selon les familles d'accueil, que l'usager n'a plus de conscience de soi.

Eine Bäuerin: "Auf der Gasse kommen sie zum Stoff durch lügen, *mischeln*, stehlen und Leute spalten... Durch die ununterbrochene Suche nach dem Stoff, müssen sie sich nicht mehr mit sich selber auseinander setzten... unter Drogen spüren sie ihre eigenen Probleme nicht mehr, Kopfschmerzen spüren sie nicht mehr."

Une paysanne: "Dans la rue, ils se procurent la drogue en mentant, magouillant et en confondant les gens... Du fait de la recherche continue du produit, ils n'ont plus besoin de réfléchir sur eux-mêmes... Sous l'influence des drogues, ils ne voient plus leur problèmes, ils ne sentent plus les maux de tête."

Pour les familles d'accueil, l'objectif de la thérapie est d'abord que l'usager ait une pause dans sa vie déterminée par la drogue. Pendant cette pause, il pourra réfléchir sur lui-même, se rendre compte de ses déficits. La pause lui permettra également de prendre confiance en soi et de redonner un sens à sa vie. Au niveau professionnel, l'usager devrait apprendre à se responsabiliser et à tenir bon. Il devrait aussi nouer des contacts avec des non-consommateurs de drogue, surtout avec sa famille d'origine. Tout cela devrait se faire au travers d'une gestion adéquate du temps libre. Les familles d'accueil pensent qu'un objectif du dispositif à long terme est l'autonomie financière et de logement.

3.2.4 OFSP, SAP, OFAG

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le peuple suisse plébiscite les quatre piliers de la politique en matière de dépendance. La figure 5 esquisse les flux financiers et les liens entre les acteurs qui en découlent. Le peuple mandate ainsi l'OFSP pour élaborer une politique en matière de drogue, contenant des propositions thérapeutiques; l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est mandaté pour élaborer des filets de sécurité sociale et l'Office fédéral de justice (OFJ) pour lutter contre les délits liés à la consommation de drogue. L'Office fédéral de l'agriculture (OFAG) n'est pas directement impliqué dans la PCER. La politique agricole et les subventions qui en découlent ont pourtant des influences considérables sur les familles d'accueil paysannes. Ainsi l'OFAG verse des subventions destinées au développement des régions rurales (argent RegioPlus)⁴⁷. C'est la population qui finance la PCER en large partie par les impôts fédéraux, cantonaux et communaux.

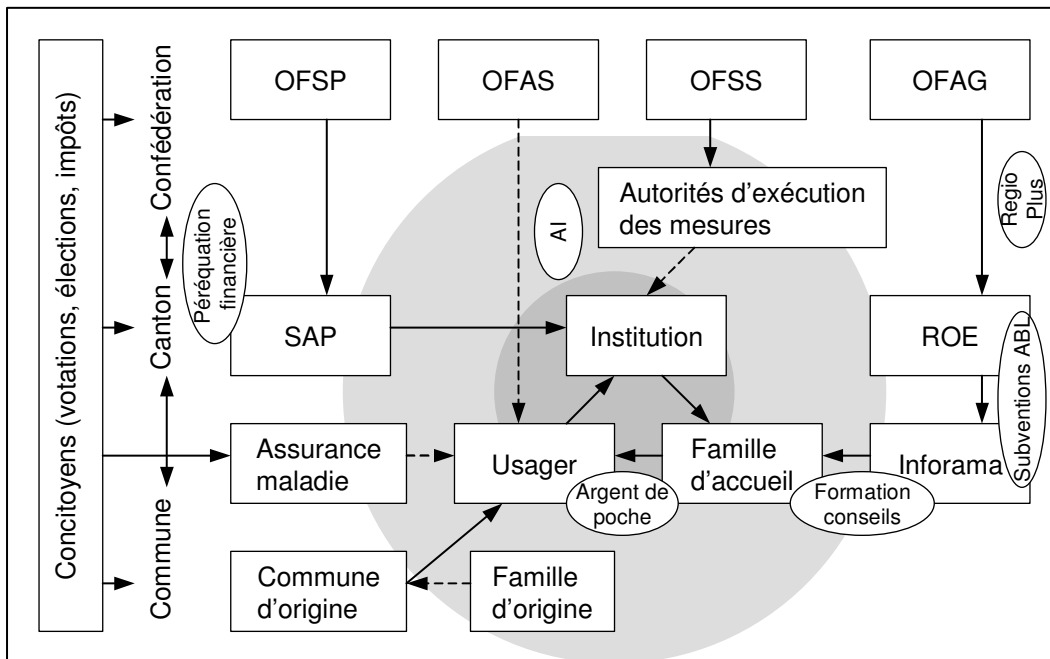


Figure 5: Organisation de la PCER et flux financiers entre les acteurs

- > flux financiers généraux
- - - -> flux financiers en cas spécifiques

L'OFSP envisage la toxicomanie de manière différente selon les consommateurs de drogue.

"Pour une partie de la population concernée, surtout les jeunes, la dépendance à la drogue constitue une phase difficile de leur vie. Pour d'autres, par contre, c'est une maladie dont le traitement peut durer des années."⁴⁸

L'OFSP décrit les objectifs d'une thérapie de dépendance dans ses écrits sur la politique en matière de drogue⁴⁹. Il s'agit principalement des critères qui déterminent l'état de réintégration de l'usager après la thérapie (cf. chapitre 2.2.1.1). L'usager devrait parvenir à une vie autonome en prêtant attention à sa santé, en renonçant aux substances psychotropes, en construisant un réseau de relations sociales, en particulier au travers de loisirs appropriés. Il doit également

⁴⁷ Office fédéral de l'agriculture (2003)

⁴⁸ Office fédéral de la santé publique (2002)

⁴⁹ Office fédéral de la santé publique (2002)

trouver un logement adéquat ainsi que vivre dans la légalité. L'OFSP délègue la mise en œuvre de ces thérapies aux cantons. Dans le canton de Berne, c'est l'Office des affaires sociales de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) qui prend en charge cette activité.

La SAP définit la toxicomanie comme une obsession incontrôlable et les actes qui en découlent comme irréflectifs.

"La toxicomanie se caractérise par une obsession passagèrement incontrôlable d'ingérer des substances agissant sur la conscience ou de commettre certains actes irréflectifs. Si cette obsession ne peut pas être assouvie, elle provoque un état de manque"⁵⁰.

La SAP ajoute qu'il n'y a pas de société sans toxicomanie et souligne qu'il n'y a pas de limites claires entre les différentes formes de consommation ni entre les différentes formes de dépendance. La SAP insiste sur les effets néfastes du caractère illégal de la consommation de drogue sur les consommateurs. C'est ainsi que le canton de Berne demande de prendre en compte l'avis des spécialistes et de prendre au sérieux l'effet d'exclusion provenant d'une politique répressive. Il demande au Conseil Fédéral de dépénaliser la consommation de drogues illégales et des actes commis à cette fin (lettre au Conseil Fédéral en 1988).

"Il n'existe pas de société sans toxicomanie... Il n'y a pas de frontières fixes entre la consommation occasionnelle, habituelle et dépendante... (Il faut) éviter l'isolement, et traiter toutes les formes de dépendance"⁵¹.

Le canton dit mettre en œuvre une politique libérale en focalisant ses intérêts sur l'aide à la personne dépendante. Le canton veut donc mettre à disposition des thérapies variées prenant en compte la diversité des usagers. Dans ce sens, la SAP fait des contrats avec différentes institutions, parmi lesquelles on retrouve les trois institutions mentionnées ci-dessus.

3.2.5 Inforama, ABL, Region Oberes Emmental

L'Inforama est une organisation mandatée par le canton de Berne et par l'OFAG pour soutenir le développement de l'espace rural. Elle met à disposition des formations et conseils pour les agriculteurs. Vu le nombre croissant de paysans qui prennent en charge des personnes en difficulté, l'Inforama offre des conseils spécifiques à des familles actives dans ce secteur. Elle propose la formation ABL (Ausbildung Betreuungsleistung = Formation pour la prestation de prise en charge). C'est une formation facultative qui demande aux participants un investissement considérable (40 jours de cours plus 20 jours de travail personnel sur deux ans pour un coût de 2500 francs).

Le but du cours est le suivant: les participants doivent devenir les prestataires d'une prise en charge adaptée à la situation avec les instructions d'une institution accompagnant la personne en difficulté. La formation permet aux participants d'identifier leurs possibilités et leurs limites et d'élargir leur champ d'action⁵². A la fin du cours, ils reçoivent un diplôme qui n'est pas (encore) reconnu au niveau fédéral, mais les formateurs s'investissent personnellement pour des équivalences, si un participant en a besoin. Les participants jugés inaptes à la prise en charge ne reçoivent pas de diplôme et l'institution avec laquelle ils travaillent en est informée. En ce sens, le cours a une fonction de contrôle de qualité, même si elle est restreinte.

⁵⁰ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale de Berne (1999) p. 4

⁵¹ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale de Berne (1999) p. 4

⁵² La didactique utilisée veille à un équilibre entre des savoirs théoriques et des savoirs pratiques. Le cours est construit selon la chronologie de la prise. (cf. Annexe 5)

La formation est subventionnée par un crédit d'investissement de l'OFAG par le biais du fonds RegioPlus qui est géré par l'association "Region Oberes Emmental" (ROE = Association des région du Haut-Emmental). La ROE réunit dix communes et a comme objectif d'améliorer le développement de la région. Selon le responsable de l'association, la PCER représente une situation "gagnant-gagnant" dans la collaboration entre l'espace rural et l'espace urbain: revenu complémentaire pour les paysans et la commune rurale, place de thérapie moins cher que dans des thérapies résidentielles pour l'espace urbain.

Pour la représentante d'Inforama, l'objectif de la thérapie est que l'utilisateur développe ses capacités d'autonomie pour son intégration *après* la thérapie. Le responsable de la "Region Oberes Emmental" insiste sur le fait que l'utilisateur doit être à l'aise *pendant* son séjour dans l'espace rural.

3.2.6 Famille et amis de l'utilisateur

La collaboration de la famille d'origine ou du partenaire de l'utilisateur est importante pour le processus thérapeutique. La famille est donc souvent impliquée. Elle participe à des conversations thérapeutiques avec l'utilisateur et l'institution et elle accueille l'utilisateur le week-end. Les objectifs que se fixent les familles d'origine n'ont pas pu être cernés. Les paysans disent que leurs attentes sont souvent démesurées par rapport à la réalité. Elles demandent des "résultats miracles".

Avant de commencer la thérapie, les utilisateurs ont un cercle d'amis qui sont souvent, mais pas toujours, des consommateurs de drogue. Un objectif de la thérapie est que l'utilisateur se désintègre du milieu de la drogue et cherche davantage de contacts avec des personnes qui ne consomment pas.

3.3 Discussion

Les acteurs impliqués dans la PCER ont des représentations différentes de ce qu'est la toxicomanie et de la manière dont la thérapie devrait réagir sur ce problème. Leurs représentations de la toxicomanie ne varient pas seulement en fonction du groupe d'acteur, mais aussi en fonction des individus. Toutes les personnes interrogées font appel à plusieurs approches explicatives. Le "mal" se situe, selon elles, à plusieurs endroits en même temps: dans le produit toxique, dans le corps de l'utilisateur, dans son psychisme, dans son entourage ou dans la société. En faisant appel à plusieurs points de vue, les acteurs montrent qu'ils appréhendent le phénomène dans sa complexité.

Les acteurs visent tous l'autonomie de l'utilisateur à travers des objectifs d'intégration dans la société et de changement de consommation, ainsi qu'une amélioration de sa santé physique et psychique, mais ils ne visent pas le même de sa carrière. L'utilisateur et la famille d'accueil ainsi que la ROE insistent sur les objectifs liés au processus thérapeutiques (*pendant*). L'OFSP et l'Inforama insistent d'avantage sur les objectifs liés à une période *après* la thérapie. Les institutions, elles, prennent une position intermédiaire.

La différence de l'importance donnée aux objectifs est étonnante. Comme pistes explicatives, deux hypothèses s'imposent: premièrement, il se peut que les objectifs varient en fonction de la perception différente qu'ont les acteurs du problème à résoudre (= le problème de la toxicomanie). Deuxièmement, il se peut que les objectifs visés varient en fonction de la proximité des acteurs du processus thérapeutique.

A partir des données présentées dans ce chapitre, nous voyons que ce n'est pas la différence de la conception de la toxicomanie, mais la différence dans la proximité quotidienne avec l'utilisateur qui influence l'importance attestée à une catégorie d'objectifs ou à une autre. Ainsi, les personnes directement impliquées

dans le quotidien thérapeutique (usager, famille d'accueil) envisagent plutôt des finalités atteignables *pendant* la thérapie, tandis que les acteurs qui ne sont pas directement impliqués (bailleurs de fond) envisagent des finalités, certes atteignables à travers la thérapie, mais qui se situent *après* la thérapie.

Dans le chapitre suivant, nous mettons en œuvre un cadre d'analyse qui nous permettra d'évaluer la PCER, malgré toutes ces différences dans les perceptions et attitudes par rapport au problème de la toxicomanie et par rapport aux finalités du dispositif thérapeutique.

4 Démarche

L'objectif de ce mémoire est de décrire et d'évaluer la PCER. La description du dispositif a principalement été faite au chapitre 3 en présentant les acteurs impliqués et les objectifs qu'ils visent par le biais de la PCER. Ce chapitre-ci fournit les bases méthodologiques qui nous permettront d'évaluer le dispositif.

"Evaluer un dispositif, c'est construire une nouvelle représentation des enjeux sociaux"⁵³

L'intérêt pour un sujet quelconque posé n'est jamais neutre. En nous intéressant à la PCER, nous avons déjà une hypothèse qui répond de manière sous-jacente à la question initiale. L'auteure a une vision imprégnée par son vécu, à savoir par sa formation en sciences sociales et ses stages en tant qu'animatrice socioculturelle, ainsi que par son intérêt et ses expériences dans l'agriculture.

Selon nous, le monde agricole offre des expériences profondes pour toute personne et peut être stabilisateur pour des personnes qui ne parviennent pas à assumer leur autonomie. Ces valeurs personnelles nous conduisent à voir dans la PCER une nouvelle forme thérapeutique qui mérite d'être étudiée et développée davantage. Le propre d'un travail scientifique est d'aller à la rencontre de ces prénotions par le biais d'une rupture épistémologique. Nous cherchons donc à infirmer cette hypothèse de départ en nous basant sur une démarche pluraliste, qui nous permet d'avoir une vision plus large, celle de plusieurs acteurs impliqués dans la PCER.

4.1 Evaluation du dispositif

La démarche utilisée pour l'évaluation s'inspire de l'analyse des politiques publiques. *L'approche classique* de l'évaluation de l'efficacité d'un dispositif mesure surtout le rapport entre objectifs atteints et objectifs souhaités. Il présuppose la connaissance préalable des objectifs à atteindre, une stabilité des objectifs dans le temps et une certaine uniformité de comportements des acteurs de la mise en oeuvre. En plus, il faut connaître le modèle de causalité liant le dispositif aux résultats attendus et la mesurabilité des effets espérés.

L'expérience montre que ces éléments ne sont généralement pas réunis, de sorte que la structure logique de la démarche classique d'évaluation ne peut pas être menée⁵⁴. En effet, les objectifs sont souvent peu explicites, pas clairs, non quantifiés, instables dans le temps. Et c'est précisément cela que nous observons dans l'identification des objectifs de la PCER. Les conceptions thérapeutiques n'indiquent pas d'objectifs clairs et les acteurs interrogés énumèrent des objectifs très différents (cf. chapitre 3.2).

Ce constat nous a amenés à opter pour une *démarche pluraliste*⁵⁵. Il s'agit d'une analyse plus descriptive des faits et des événements permettant d'apprécier le processus de mise en oeuvre, le fonctionnement et la gestion du dispositif, ainsi que ses effets sur les usagers. La démarche vise moins à mesurer le rapport entre objectifs atteints et objectifs souhaités, qu'à expliquer les résultats observés d'un dispositif à partir de l'analyse des interactions entre les finalités, les mesures mises en oeuvre et les impacts sur les usagers.

⁵³ Mériaux, O. (Notes de cours 2003/04)

⁵⁴ Cela est bien décrit par Monnier, E. (1987 et 1990)

⁵⁵ Monnier, E. In Perret, B. (1990). pp.117-131

Pour évaluer un dispositif, il faut être spécialiste du domaine en question. Les meilleurs spécialistes sont cependant ceux que l'évaluateur vise à évaluer. Il y a donc forcément une dépendance de l'évaluateur par rapport à ceux qu'il doit juger. Monnier⁵⁶ montre que cette dépendance est une condition indispensable pour la légitimité et la crédibilité de l'évaluation produite. Le dispositif est en négociation permanente au travers d'une recherche pluraliste de solutions au problème social par les acteurs (y compris l'évaluateur). La recherche d'une solution satisfaisante (qui ne doit pas être la solution optimale aux yeux de l'évaluateur) représente un processus d'apprentissage collectif. Selon lui, l'évaluation doit donc être " polyfinaliste et négociable".

En ce qui concerne le cadre d'analyse de ce travail, nous avons déjà discuté la *finalité globale* de la PCER (cf. chapitre 2.1.2). Il s'agit de l'insertion de la personne toxicomane dans une vie dite conventionnelle, ce qui passe par le renforcement de son lien individuel, communautaire et sociétal, ainsi que par une transformation de sa relation au produit. En résumant et catégorisant les objectifs énumérés par les acteurs interrogés, nous voyons qu'ils font également référence à cette insertion. Les acteurs s'intéressent à deux moments distincts du processus de l'insertion: *pendant* la thérapie et *après* celle-là. Ils visent la recomposition du lien social de l'utilisateur à travers les finalités suivantes en:

- La diminution de la consommation de drogue
- L'intégration sociale
- L'intégration professionnelle
- Un changement identitaire

Les mesures mises en œuvre pour atteindre ces finalités, ainsi que *les impacts*, c'est-à-dire les effets qu'ont ces mesures sur l'utilisateur et sur la famille d'accueil, seront identifiés à partir des sources écrites et des entretiens. L'efficacité de ces mesures va donc être analysée par rapport à la capacité qu'elles ont de diminuer la consommation de drogue, de soutenir l'utilisateur dans son intégration sociale et professionnelle et de provoquer un changement identitaire. L'efficacité globale du dispositif sera finalement jugée par rapport à sa capacité de construction de lien social (identitaire, communautaire, sociétale) et l'aptitude à diminuer la consommation de drogue. L'efficacité de ces mesures va donc être analysée par rapport au *pendant* et *après* la thérapie.

4.2 Sources d'informations

La démarche pluraliste cherche à recouper et à confronter de manière constructive les attentes, les critiques et les valeurs dont sont porteurs les différents acteurs du dispositif. Les personnes et institutions concernées par l'évaluation ont ainsi pu exprimer leur propre point de vue. La pluralité des instances d'évaluation a enrichi le jugement, faisant à chaque fois reculer la partialité au bénéfice de l'intersubjectivité.

La démarche combine l'analyse de trois catégories de sources. D'abord, des sources écrites, ensuite des entretiens semi-directifs avec des acteurs impliqués dans la PCER et finalement une observation participante dans le cours ABL. L'analyse de ces sources s'est faite à l'aide de la méthode des fiches, recommandée par Kaufmann dans son ouvrage sur l'entretien compréhensif⁵⁷.

⁵⁶ Monnier, E. In Perret, B. (1990) pp.117-131

⁵⁷ Kaufmann, J.-C. (2001) pp. 79-85

4.2.1 Les sources écrites

Les sources écrites utilisées pour l'analyse sont d'origines diverses. D'abord il y a les sources officielles provenant des organes politiques, telles que les lois cantonales et fédérales en matière de dépendance ainsi que des statistiques produites par Koste ou l'ISF. Les conceptions thérapeutiques publiées par les institutions actives dans la PCER entrent également dans cette catégorie. Ces sources nous ont permis d'identifier le cadre et les finalités globales de la PCER. Elles sont à la base de l'élaboration de la grille d'entretien (cf. Annexe 6).

Ensuite, les institutions ont mis à notre disposition des documents de travail, tels que le contrat entre les acteurs, le livre de bord, quelques textes rédigés par des familles d'accueil et des usagers, ainsi que des mini-évaluations faites au sein de l'institution. Il s'agit de documents précieux qui nous permettent de comprendre les liens entre les acteurs. L'accès à ces documents dépend pourtant de la bienveillance de chaque institution. Nous avons eu accès à très peu de documents et la majorité d'entre eux provenaient d'une seule institution. Les institutions étaient très réticentes à mettre à disposition ces documents afin de garantir la confidentialité. Nous avons l'impression que cette réticence provient aussi d'une relation de confiance avec les thérapeutes mal établie de notre part.

Finalement l'Informa a mis à notre disposition 17 travaux de diplôme rédigés par des paysans ayant terminé la formation ABL en 2004. Six travaux portent sur la prise en charge des personnes toxicomanes, les autres sur la prise en charge des personnes ayant d'autres types de difficultés. Il s'agit d'une source d'information très riche dont l'analyse montre les possibilités et les limites des familles d'accueil. Les travaux soulignent très clairement une différence dans le vécu de la prise en charge entre le paysan et la paysanne, ainsi qu'une différence très prononcée selon l'institution avec laquelle la famille travaille. Les titres de ces travaux se trouvent dans la bibliographie. Pour des raisons de confidentialité, nous n'avons pas mis le nom des auteurs. Un usager s'est préparé par écrit à l'entretien (voir chapitre ci-dessous) et a mis à notre disposition ses notes qui ont enrichi les données récoltées lors de l'entretien.

4.2.2 Les entretiens

Nous avons choisi un "échantillon par contraste" pour ce travail qualitatif. Cela veut dire que nous cherchons à confronter des personnes dans des situations et des positions contrastées. En interrogeant un représentant de chaque groupe d'acteurs, nous avons pu envisager la représentativité dans la diversité⁵⁸.

Il est donc important de bien choisir les personnes à interroger. Cela n'a pourtant pas été possible dans ce travail, car l'accès aux personnes et à l'information a été limité. En réaction à ces contraintes, nous avons décidé d'élargir l'échantillon et de faire des entretiens avec plusieurs personnes du même groupe (échantillon par homogénéisation). Cela nous a permis de mieux nous rendre compte de la diversité et de l'homogénéité interne. L'échantillon se présente alors de la manière suivante:

⁵⁸ Blanchet, A., Gotman, A. (2001)

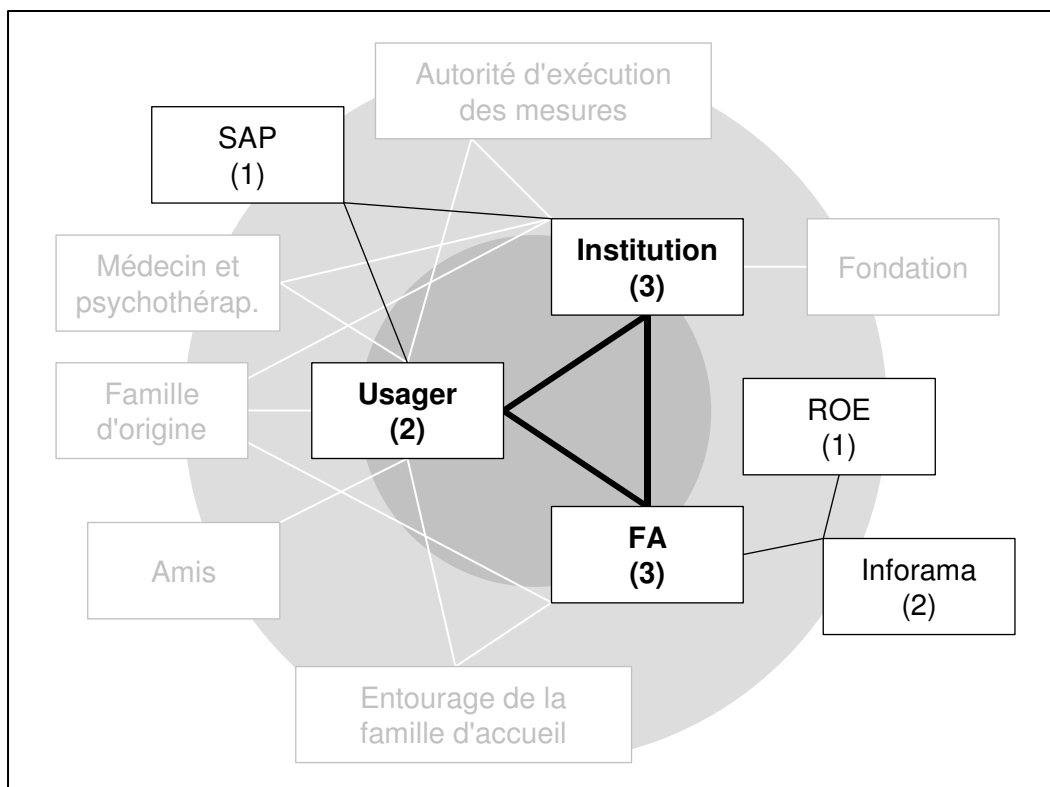


Figure 6: Les acteurs interrogés

Le nombre d'entretiens effectués par groupe d'acteur se trouve entre parenthèse

Nous voyons donc que les acteurs du premier cercle et une moitié des acteurs du deuxième cercle sont présents. Il n'était pas possible de faire un entretien avec une des familles d'origine. Il s'agit d'une lacune considérable dans notre recherche, vu la position importante que la famille d'origine prend dans le processus thérapeutique. Nous avons essayé de combler cette lacune en insistant davantage sur la position de la famille d'origine dans les autres entretiens. Pour l'analyse des entretiens, nous avons utilisé la méthode de "l'analyse thématique horizontale"⁵⁹. Il s'agit de faire des catégories à l'intérieur de chaque entretien qui permettent ensuite de comparer les entretiens.

Le SAP, la ROE, l'Inforama et les institutions ont été contactées par lettre (cf. Annexe 7). Ils nous ont tous proposé un représentant pour réaliser un entretien, quelques-uns nous ont demandé les thèmes d'entretien par écrit. Les entretiens semi-directifs se sont effectués dans leur bureau respectif ou dans un café.

Les contacts avec les familles d'accueil ont été noués lors des cours de formation pour les familles d'accueil (ABL). Il s'agit donc de paysans qui s'engagent dans une formation qui n'est pas obligatoire pour eux et qui leur demande un investissement de temps considérable. Les paysans interrogés ne sont donc pas représentatifs de tous les paysans actifs dans la prise en charge. Les entretiens se sont effectués lors de la première année de formation; les interlocuteurs avaient donc déjà quelques notions théoriques qu'ils mettaient en avant lors de l'entretien. L'avantage de ce choix est que nous avons élaboré une relation de confiance qui a permis une grande ouverture de la part de nos interlocuteurs. Les entretiens ont eu lieu dans le centre de formation et à la maison, chez une paysanne (son mari était également présent). Les trois paysannes interrogées sont actives depuis plusieurs années dans la prise en charge, et elles travaillent avec deux des trois institutions énumérées. Durant le

⁵⁹ Selon Knüsel: Méthodologie en sciences sociales, cours et séminaire (2003/04)

cours, deux paysans ont commencé le travail de prise en charge de personnes toxicomanes avec la troisième institution. Ils n'ont pas été interrogés, mais leur expérience de "débutants" s'insère dans l'observation participante (voir sous chapitre suivant).

Le contact avec les usagers s'est fait grâce aux institutions. Cependant, il n'y a qu'une institution qui a été prête à nous mettre en contact avec deux de ses usagers. La raison du refus d'une autre institution est que l'entretien aurait dérangé le processus thérapeutique. Nous observons donc une double sélection: d'abord celle entre les institutions, ensuite celle de la sélection interne pour le choix de l'usager recommandé.

Les deux usagers interrogés ont entre trente et quarante ans. Ils consommaient de la drogue depuis plusieurs années, alternant des pauses thérapeutiques et des périodes d'abstinence. Ils disent avoir aussi d'autres dépendances, comme la télévision ou les jeux d'ordinateur. Avant d'entrer en PCER, ils étaient bien placés dans le monde professionnel: ils travaillaient comme indépendants, mais disent qu'ils n'étaient pas bien intégrés. Les deux usagers n'ont passé que peu de temps dans la rue et se distinguent ainsi des "toxicos de la rue". Les deux entretiens ont été effectués dans la ferme où ils habitent et travaillent. Un usager est encore au début de sa thérapie, l'autre plutôt vers la fin.

4.2.3 L'observation participante

Nous participons au cours ABL destiné aux familles d'accueil (cf. chapitre 3.2.5). Comme chercheuse universitaire non paysanne et sans travail de prise en charge, l'auteure a eu, surtout au début, une position spéciale. Avec le temps, elle s'est bien intégrée. L'observation s'est faite dans les moments du cours qui se basaient sur des travaux de groupe et des discussions sur les difficultés actuelles des participants. L'observation s'est aussi faite pendant les pauses et le repas de midi, durant lesquels les participants partagent leurs préoccupations.

Cinq des dix-neuf participants travaillent avec les trois institutions présentées et prennent en charge des personnes toxicomanes. Les autres participants travaillent avec d'autres institutions prenant en charge des jeunes en difficulté, des personnes avec des handicaps psychiques et/ou physiques ainsi que des personnes âgées. Les personnes prises en charge ont donc des problématiques très variées, mais les difficultés dans le travail de la prise en charge semblent être similaires et ainsi souvent indépendantes du type d'usager. En outre, le fait que presque tous les usagers aient déjà consommé des drogues illégales, le sujet de la dépendance est une préoccupation pour tous les paysans du cours.

4.2.4 Limites et remarques concernant la démarche

Aux limites citées plus haut s'ajoutent d'autres limites inhérentes à l'analyse pluraliste et spécifique à notre manière de procéder. Aux yeux des personnes interrogées, l'évaluation devrait permettre une meilleure visibilité du dispositif. Nous avons ressenti cette attente très fortement lors d'un cours ABL:

Eine Bäuerin: "Zum Glück bist du hier, dann sagt einmal jemand denen in Bern, wie schwierig wir es haben."

Une paysanne: "Heureusement que tu es là. Ainsi, il y a enfin quelqu'un qui renseigne les politiciens à Berne sur nos difficultés."

Un travail d'évaluation ne peut pourtant pas garantir la visibilité attendue par les personnes interrogées. Il est probable qu'un travail de mémoire n'a guère les moyens d'avoir une véritable visibilité politique, d'autant moins au Parlement à Berne. La tâche de l'évaluation ne consiste pas à faire de la pression politique, parallèlement on ne peut pas nier qu'elle peut avoir des influences sur l'objet qu'elle évalue à long terme. Ou comme le dit Monnier: "L'évaluation est le

processus de transformation des idées et de connaissance qui contribue à une évolution lente ou à des transformations marginales des programmes sur lesquelles elle porte (ceci dans les meilleurs des cas, ceux où les acteurs reconnaissent qu'elle a joué un rôle non-négligeable)⁶⁰.

Pour arriver à cette reconnaissance il est indispensable de faire participer les acteurs impliqués dans le dispositif depuis le début de l'évaluation et de discuter, comme le propose Monnier, les finalités de l'évaluation avec eux. Dans notre travail cela a été le cas avec les responsables de l'Inforama et avec les familles d'accueil. Cela n'a pas été le cas avec les institutions et les usagers, qui eux ont été seulement contactés plus tard.

Cette intégration tardive des institutions est source de plusieurs problèmes. L'élaboration d'une relation de confiance avec les thérapeutes était difficile. Nous pensons que l'auteure de ce travail a été considérée d'une part comme "l'étudiante universitaire, qui ne sait pas comment fonctionne la réalité thérapeutique" et d'autre part comme une instance de jugement du travail effectué par les thérapeutes. Nous n'avons probablement pas suffisamment insisté sur le fait que nous tenons à évaluer le dispositif dans sa globalité y compris les interactions entre les différents acteurs, et non pas l'action d'un acteur spécifique.

Par rapport aux usagers par contre, la prise de contact plus tardive dans le travail n'a pas posé problème. Ils étaient, comme les paysans, très contents, que leurs opinions et vécu soient pris en compte dans une recherche évaluative. Nous nous sommes ainsi trouvés dans une position entre une attente de visibilité que le résultat du travail est censé provoquer d'un côté, et de "mendiante d'informations" de l'autre côté. La gestion de cette position était extrêmement difficile et a certainement eu une influence sur les entretiens et sur l'analyse des données qui en résulte. Le fait d'avoir été consciente de ses difficultés nous permet de limiter cette influence le plus possible.

La majorité des sources produites sont traduites de l'allemand et du suisse-allemand. La traduction du suisse-allemand en allemand pose parfois problème, principalement parce que les paysans interrogés et observés parlent dans des dialectes comprenant de nombreuses expressions idiomatiques. Dans la transcription des entretiens en allemand nous avons veillé à garder au plus près le sens donné par la personne: certains mots intraduisibles sont laissés en suisse-allemand et indiqués en italique. Dans la traduction en français nous avons insisté davantage sur la qualité de la langue que sur l'authenticité de l'énoncé. Pour faciliter la lecture, nous utilisons des termes génériques masculins qui incluent également le genre féminin.

4.3 Conclusion

Pour répondre à notre question de départ, qui est de savoir si la PCER est une forme thérapeutique qui doit être élargie, maintenue ou abolie, nous utilisons donc un modèle d'analyse pluraliste dans lequel les regards des acteurs se croisent. Ce type d'analyse permet de porter un regard intersubjectif sur les finalités globales énumérées par les acteurs, d'appréhender les impacts du dispositif et nous donne des éléments pour juger les mesures mises en œuvre. Nous avons également démontré les points forts et les points faibles par rapport à l'échantillon et par rapport à quelques entretiens effectués. Le chapitre suivant fait d'abord l'inventaire des mesures mises en œuvre et montre les impacts qu'elles produisent sur les usagers et la famille d'accueil, pour finalement discuter de l'efficacité de ces mesures.

⁶⁰ Monnier, E. (1987) p.112

5 Résultats et discussion

Le travail d'analyse est un aller-retour constant entre le questionnement de départ, les cadres de références arrêtés et la recherche de compréhension des éléments récoltés sur le terrain. A partir d'une "masse d'éléments", il s'agit de dégager une réflexion. Ce travail se fait surtout par le biais d'une analyse comparative, d'une recherche de similitudes et de différences. L'ambition du chercheur est de comprendre la culture véhiculée par les individus comme la manifestation d'une représentation du monde. L'analyse des entretiens tente donc de retirer le maximum d'informations pour les mettre en lien les unes avec les autres. La matière première de l'exercice est la somme d'informations livrée par les personnes interrogées. C'est pour cette raison que nous allons en restituer une partie sous forme de citation.

Ce chapitre fait l'inventaire des mesures décrites par nos interlocuteurs qui visent à atteindre une diminution de consommation de la drogue, l'intégration professionnelle et sociale, ainsi qu'une transformation identitaire de l'utilisateur. Ce chapitre analyse également les impacts qu'ont ces mesures. Nous traiterons d'abord des impacts sur les usagers *après* la thérapie, et ensuite des impacts sur l'utilisateur et la famille d'accueil *pendant* la thérapie.

5.1 Niveau de réintégration *après* la thérapie

5.1.1 Finalités et mesures

Les acteurs impliqués dans la PCER, surtout les bailleurs de fonds et les institutions politiques visent un état de réintégration de l'utilisateur *après* la thérapie. Comme il a été démontré, cet état de réintégration englobe la consommation de drogue, l'intégration sociale et professionnelle et l'état de santé physique et psychique *après* la thérapie. La mesure décrite par les acteurs interrogés pour atteindre un bon état de réintégration est le traitement dans l'espace rural dans sa globalité. Les recherches sur les thérapies résidentielles en Suisse, présentées au chapitre 2.2.1, démontrent également l'importance du traitement car les usagers qui finissent une thérapie ont plus de chance d'avoir un état de réintégration satisfaisant que les usagers qui abandonnent la thérapie.

5.1.2 Impacts

Pour identifier l'état de réintégration *après* la thérapie, nous nous basons sur plusieurs sources d'information. D'abord sur l'opinion des thérapeutes et paysans. Ils n'ont à disposition que peu d'information sur l'état de réintégration de leurs usagers *après* la thérapie. Les thérapeutes ne savent pas exactement combien d'utilisateurs abandonnent la thérapie, les paysans estiment qu'ils sont nombreux.

Eine Bäuerin: "Leider wissen wir oft nicht, wie es dem Klient später geht, die Institution weiss das auch nicht. Vom Umfeld des Klienten hören wir oft nur: 'Bei euch hat er eine gute, ruhige Zeit verlebt.' "

Une paysanne: "Malheureusement, nous ne savons souvent rien sur la vie de l'utilisateur *après* la thérapie et l'institution ne le sait pas non plus. Souvent l'entourage de l'utilisateur nous dit seulement: 'Chez vous, il a passé une période bonne et calme.' "

Ein Therapeut: "Für Zahlen nach der Therapie musst du das ISF fragen, das weiss ich nicht."

Un thérapeute: "Pour obtenir les statistiques qui concernent la réussite après la thérapie, tu dois te renseigner auprès de l'ISF, je ne les connais pas."

L'Institut de recherche sur la toxicomanie à Zurich (ISF) établit une base de données sur des centaines d'usagers en thérapie résidentielle en Suisse. Les trois institutions offrant la PCER font partie de ces programmes d'évaluation. Cette base de donnée est donc notre deuxième source d'information. Suite à la correspondance avec l'ISF, nous avons appris que l'échantillon d'usagers ayant suivi une thérapie avec ces institutions est trop petit pour en tirer des résultats (cf. Annexe 8).

La troisième source de données est fournie par les autres trois recherches menées sur la PCER. Nous considérons leurs résultats comme des tendances et non pas comme des résultats transférables sur la PCER, car comme nous l'avons montré au chapitre 2.2.3.1, ces recherches ont quelques défauts. Ainsi, Füger, Messerli et Kufner⁶¹ disent que l'état de réintégration après une PCER est similaire, voire meilleur, que l'état de réintégration après une thérapie résidentielle. Nous pensons qu'une comparaison directe de ces deux types différents de thérapies pose problème. Les effets de sélection font qu'on ne trouve pas les mêmes usagers dans les deux formes thérapeutiques.

De plus, il n'est pas sûr que les résultats de Kufner sur le programme TAB en Allemagne puissent être transférés tels quels sur la PCER en Suisse. Lors d'une brève analyse des conceptions thérapeutiques mises en œuvre par la TAB et celles mises en œuvre par les institutions actives dans la PCER nous avons constaté que les conceptions thérapeutiques se ressemblent certes beaucoup, mais les différences sont importantes. L'une d'entre elle réside dans le fait que les familles d'accueil "TAB" ne sont pas indemnisées, tandis que les familles d'accueil de la PCER perçoivent un revenu. Avant de faire référence aux résultats de la TAB, nous devons donc clarifier l'importance que prend salaire dans la prise en charge.

5.1.3 Discussion

Nous avons montré au chapitre 3.2 que les personnes qui travaillent en proximité avec l'usager s'intéressent davantage au *pendant* de la thérapie, tandis que les autres acteurs s'intéressent à l'*après*. A nos yeux, les deux manières d'envisager les impacts de la thérapie sont restreintes car elles n'envisagent pas le traitement dans son continuum. Nous recommandons ainsi aux institutions de s'intéresser davantage au vécu des usagers *après* la thérapie et aux futurs travaux d'évaluation de prendre en compte également le processus thérapeutique en lui-même. Afin d'avoir une vision plus globale du chemin de l'usager vers une vie conventionnelle, nous tenons aussi à prendre en compte son état *après* la thérapie, malgré le manque de données constaté dans ce chapitre.

Pour déterminer ce niveau de réintégration *après* la thérapie, nous faisons appel aux variables qui l'influencent de manière significative. Comme il a été montré, les recherches sur des usagers en thérapie résidentielle en Suisse, ainsi qu'une recherche sur la prise en charge dans des fermes en Allemagne (TAB) ont comparé statistiquement les usagers avec un "bon état de réintégration" aux usagers avec un "mauvais état de réintégration"⁶². Ces recherches identifient comme responsable du "bon état de réintégration" des variables liées aux trois acteurs du premier cercle ainsi que des variables liées au processus

⁶¹ Füger, D. (2001); Messerli, M., (2003); Kufner H., Kümmler P., Trunkó S. (2000)

⁶² Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000)

thérapeutique. Nous allons voir si ces mesures sont également mises en œuvre par les acteurs interrogés dans ce travail. Cela nous permettra de porter un jugement, certes, flou, mais au moins approximatif sur l'état de réintégration des usagers dans la PCER *après* la thérapie. La Figure 7 présente de manière schématique les recherches de l'ISF et de la TAB et les chapitres suivants s'intéressent aux mesures et impacts de la PCER *pendant* la thérapie.

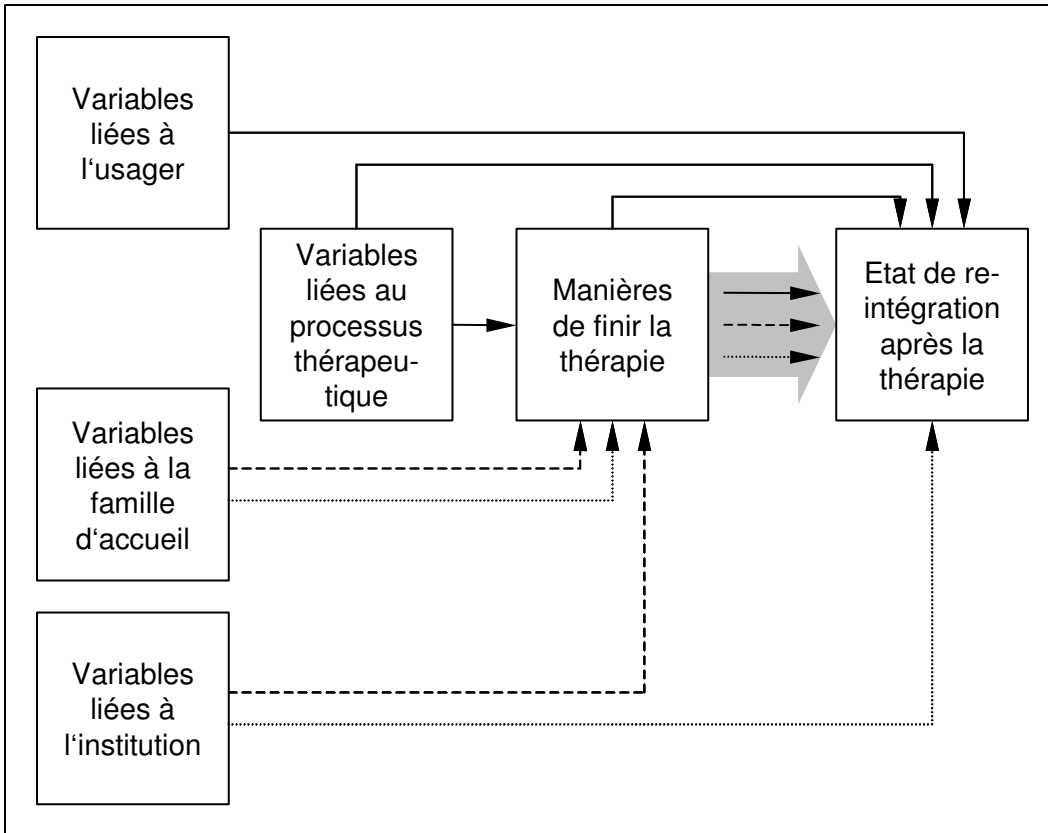


Figure 7: Variables qui influencent l'état de réintégration

Ces variables ont été identifiées par les recherches suivantes:

- ▶ Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000)
- - -▶ Küfner H., Kümmler P., Trunkó S. (2000)
-▶ Wettach, R, et al. (2000)

L'état de réintégration est le plus largement influencé par l'achèvement de la thérapie ou son abandon au cours de programme (manière de finir la thérapie). Pour les variables liées à l'utilisateur, il s'agit des variables telles que ses ressources avant la thérapie ainsi que son attitude par rapport à la vie déterminée par la consommation de drogue. Pour les variables liées à l'institution, il s'agit de l'application conséquente de règles. Pour les variables liées à la famille d'accueil, il s'agit de l'ambiance familiale, du *burnout* de la famille, ainsi que du savoir qu'elle a par rapport à la toxicomanie. Pour les variables liées aux processus thérapeutique, nous observons des variables comme la distance avec le milieu drogue, l'apprentissage à se fixer des objectifs, l'intégration sociale *pendant* la thérapie et la capacité à voir un sens à sa vie. Le tableau ci-joint résume ces variables.

Variables liées à l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Nationalité • Intégration professionnelle avant la thérapie • Refuser de mener une vie déterminée par la drogue
Variables liées à la famille d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne gestion de conflit à l'intérieur de la famille • Pas de burnout • Bonne préparation à la prise en charge
Variable liée à l'institution	<ul style="list-style-type: none"> • Application conséquente des règles
Variables liées au processus thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Distance de l'utilisateur avec le milieu de la drogue • Apprentissage à se fixer des objectifs • Intégration sociale • Capacité à voir un sens dans la vie • Travail adapté aux besoins de l'utilisateur

5.2 Consommation de drogue

5.2.1 Finalités et mesures

Selon toutes les personnes interrogées, l'usager doit vivre de manière abstinente *pendant* la thérapie. Cette vie abstinente n'est pas envisagée de la même manière par tous les acteurs. Selon les thérapeutes, des rechutes non-systématiques, par exemple, font partie du processus thérapeutique, tandis que les paysans et les usagers ont tendance à considérer chaque rechute comme un échec thérapeutique. Par rapport à la vie *après* la thérapie, l'abstinence est surtout souhaitée par l'OFSP et la SAP. L'abstinence figure également dans les conceptions thérapeutiques des institutions, mais elle est relativisée par les thérapeutes pendant les entretiens (cf. chapitre 3.2.2). Pour les usagers, une vie sans drogue *après* la thérapie n'est pas dans l'ordre des priorités. Malgré toutes ces visions différentes, nous pouvons dire que la finalité large du dispositif est une diminution de la consommation de drogue *pendant* et *après* la thérapie.

Pour arriver à cette diminution de consommation, trois groupes de mesures sont mises en œuvre. Le premier groupe vise à ce que l'usager ait une distance avec le milieu de la drogue. Ensuite, des mesures sont proposées pour que l'usager trouve des comportements alternatifs à la consommation de drogue. Selon les thérapeutes, les usagers peuvent copier ces comportements alternatifs du modèle que donne la famille d'accueil. Pour terminer, il existe des mesures qui poussent l'usager à se confronter aux "causes profondes de sa dépendance".

5.2.2 Les impacts

5.2.2.1 Distance avec la drogue

Les thérapeutes et les usagers apprécient que l'usager soit le seul ex-consommateur de drogues vivant dans la ferme, car les conversations entre les ex-consommateurs animent les "rêves de consommation" et rendent l'abstinence plus difficile. Les trois premiers mois, où l'usager vit isolé de l'extérieur de la ferme, il n'a quasiment pas de contact avec d'autres consommateurs. Les agriculteurs et thérapeutes jugent ce temps comme très agréable, tandis que plusieurs usagers indiquent que la vie calme et réglée de la ferme est moins captivante que la vie du milieu. Ainsi, un usager nous parle avec enthousiasme de "l'économie de l'achat et de la vente de la drogue", un autre dit avoir envie de cette vie pleine de tension "comme sur un Camel trophy". Plusieurs paysans observent que les usagers n'arrivent pas à gérer une vie harmonieuse où tout va bien.

Ein Klient: "Ich weiss auch nicht genau, [wieso ich wieder konsumierte]. Irgendwie war es fast zu stimmig (hatte guten Job, verstand mich gut mit Chef, war im Dorf gut integriert, hatte eine Freundin). Ich musste noch etwas haben, das mir einen Reiz verschaffte. Ich wollte ja nicht wieder jeden Tag konsumieren, nur ab und zu. Es ging aber nicht lange, bis es mir den Ärmel wieder vollends reingezogen hat." (documentation mise à disposition par une institution)

Un usager: "Je ne comprends pas très bien [pourquoi j'ai consommé à nouveau]. D'une certaine manière, c'était presque trop harmonieux. (J'avais un bon emploi, je m'entendais bien avec le patron, j'étais bien intégré dans le village, j'avais une amie.) J'ai eu besoin de nouvelles stimulations. Mon intention n'était pas de consommer quotidiennement mais seulement de temps en temps. Il n'a pourtant pas fallu beaucoup de temps jusqu'à ce que je retombe dans la dépendance." (documentation mise à disposition par une institution)

Après trois mois, l'usager se rend parfois en ville pour des raisons professionnelles, de formation ou des visites. Ces moments sont jugés comme très difficiles par tous les acteurs interrogés. Ce sont des moments de tentation et de rechute. Un usager dit que les dealers reconnaissent les consommateurs et lui proposent de la drogue.

Eine Bäuerin: "Schon in die Stadt zu fahren, alte Bekannte zu sehen, an einschlägigen Strassenecken vorbeigehen zu müssen ist eine riesige Herausforderung für einen ehemaligen Drogenabhängigen."

Une paysanne: "Même aller en ville, voir de vieilles connaissances, devoir passer dans des coins de rues cruciaux est un défi énorme pour un ex-toxicomane."

Les usagers interrogés disent que la thérapie est très ouverte et ne protège pas des contacts avec le milieu de la drogue. Ils disent que dans la PCER, il est plus difficile de ne pas avoir de contact avec le milieu que dans une thérapie résidentielle. Pourtant dans cette dernière, ils ne peuvent pas faire l'expérience de la "vie en liberté".

Les usagers élaborent certaines stratégies d'évitement de situations à risque. Ils évitent de passer par des endroits où ils sont confrontés au milieu. Pourtant, la gare est difficilement évitable. Ils ne prennent que peu d'argent avec eux ou se préparent psychologiquement déjà la veille à la situation dans la gare. Tous les acteurs disent que ces stratégies ne sont pas systématiquement couronnées de succès.

Discussion

Prendre de la distance avec la drogue et les gens qui en consomment est une mesure adéquate pour diminuer la consommation de drogue. En plus, comme cela a été démontré, la distance avec le milieu facilite le fait que l'usager ne consomme plus *après* la thérapie. La mise en œuvre de cette mesure n'est pourtant pas assez élaborée. Elle est satisfaisante dans le sens où tous les acteurs sont contents de la phase stabilisatrice, phase durant laquelle l'usager ne vit qu'à la ferme. Les acteurs sont également très satisfaits du fait qu'il n'y a qu'un usager qui vit à la ferme.

La mise en œuvre est moins satisfaisante dans le sens où les différences entre la vie du milieu et la vie à la ferme provoquent chez certains usagers des "chocs culturels" qui rendent la vie à la ferme et les moments hors de ce milieu protégé particulièrement difficiles. Les thérapeutes ne semblent pas avoir assez conscience de cela. La transition d'un lieu à l'autre se fait de manière trop brutale pour l'usager. La durée déterminée de trois mois pour la phase stabilisatrice ne nous semble pas appropriée à tous les usagers, nous proposons d'adapter cette période aux besoins de chaque usager de manière individuelle. Des stratégies d'évitement du produit sont certes présentes mais elles ne sont pas assez élaborées.

Après les trois premiers mois, la distance avec le milieu de la drogue diminue considérablement. La capacité de cette mesure de se distancier de la drogue est donc très limitée *pendant* la thérapie. Les acteurs sont tout de même de l'avis que cette mesure est efficace dans le sens où elle facilite la distance avec la drogue *après* la thérapie, car l'usager s'entraîne déjà à affronter des situations difficiles.

5.2.2.2 Trouver un comportement alternatif

La consommation de drogue est souvent une réponse à une situation difficilement gérable par l'usager. Pendant la thérapie, les usagers élaborent quelques stratégies pour gérer des situations difficiles. Par exemple, l'un d'entre eux a décidé de faire une séance de médiation tous les dimanche soirs, quand s'installe un sentiment de "désenchantement de fin du week-end". Mais d'après les paysans et les thérapeutes, la plupart des usagers ont de la peine à gérer les situations frustrantes ou lourdes.

Souvent, ils compensent la non-consommation de drogues illégales par une consommation augmentée de drogues légales, comme l'alcool, la nicotine ou la caféine. La réaction à ces "drogues de compensation" varie selon les institutions et selon l'usager (interdictions de consommer de l'alcool, interdictions de sortir le samedi soir, encouragement à participer à des groupes d'entraide comme les alcooliques anonymes). Souvent, les familles d'accueil ne savent pas comment réagir par rapport à la consommation d'alcool. Les familles ne veulent pas s'en priver et parallèlement elles ne veulent pas que l'usager soit tenté d'en boire. Elles se plaignent d'un manque d'information de la part des institutions.

Eine Bäuerin: "Wir wollen aber nicht ohne Alkohol leben. Die Profis arbeiten neun Stunden und haben dann den gemütlichen Abend mit Freunden. Bei diesem gemütlichen Abend ist der Klient bei uns ja auch dabei."

Une paysanne: "Mais nous, nous ne voulons pas vivre sans alcool. Les professionnels ont une journée de travail de neuf heures et passent ensuite une soirée tranquille avec leurs amis. Chez nous, l'usager est justement présent durant cette soirée tranquille."

Discussion

En envisageant la consommation de drogue comme une stratégie de gestion de situations difficiles, il est primordial que l'usager apprenne d'autres stratégies pour gérer ces situations. L'idée d'élaborer des stratégies-recettes pour des moments particulièrement difficiles nous semble très pertinente pour arriver à une diminution de la consommation. La mise en œuvre des comportements alternatifs n'a pourtant qu'une efficacité relative. Certes, l'usager prend de nouvelles habitudes, mais il ne copie pas les comportements alternatifs proposés par le modèle de la famille d'accueil. Les comportements qui remplacent une drogue par une autre, comme la consommation excessive d'alcool, ne pose pas un problème à l'usager seulement, mais impliquent également la famille d'accueil. Nous pensons qu'il s'agit surtout d'un manque de réglementation claire de la part des institutions, ainsi que d'un manque de suivi et d'importance accordée à ces comportements alternatifs, lors des séances thérapeutiques.

5.2.2.3 Affronter les "causes de la dépendance"

Les usagers apprécient d'avoir du temps et du calme pour réfléchir à leur vie et leur manière de consommer. Ils analysent leurs mécanismes de consommation avec le thérapeute et le psychologue, une institution offre des semaines intensives très appréciées par les usagers. L'un d'eux souhaiterait un accompagnement plus intensif afin de se poser les bonnes questions, surtout au début de la thérapie. Un autre dit avoir compris que la consommation de drogue était pour lui une manière de se permettre un moment de pause au travail. Désormais, il cherche d'autres stratégies pour s'autoriser cette pause.

Ein Klient: "[so merkte ich:]
ich war auf der illusorischen
Suche nach Wärme,
Geborgenheit, Liebe und
Abgrenzung in Heroin, liess
mich von der Wirkung der
Drogen manipulieren und log
mich selbst immer und immer
wieder an." (documentation
mise à disposition par une
institution)

Un usager: "[ainsi, j'ai
remarqué que] j'étais à la
recherche illusoire de
chaleur, de sécurité, d'amour
et de distanciation de mon
contexte de vie à travers la
consommation d'héroïne, je me
suis laissé manipuler par
l'effet des drogues et je me
suis menti à moi-même à
plusieurs reprises."
(documentation mise à
disposition par une
institution)

Selon les thérapeutes, l'analyse des rechutes amène une clé importante dans la compréhension du mécanisme de la dépendance. L'abstinence est contrôlée par des tests d'urine. Un résultat positif est discuté durant la séance thérapeutique suivante. Les réactions à plusieurs résultats positifs varient selon les institutions et les usagers (pas de sanction, interdiction de sortir le week-end, exclusion de la thérapie). Selon une paysanne, les usagers essaient souvent de nier leurs rechutes, surtout au moment où elles pourraient engendrer l'exclusion de la thérapie.

Eine Bäuerin: "Er sagt, er
hätte ein Bisschen Koks und
ein Bisschen Alk konsumiert.
Diese Dosis würde uns
umbringen!"

Une paysanne: "Il dit qu'il
n'a consommé qu'un peu de
coke et d'alcool. Nous, une
telle dose nous tuerait!"

Lors de la thérapie, les usagers essaient de combler leurs déficits qui peuvent être un frein à la vie abstinente (déficits personnels, de santé mentale ou physique, déficits dans l'intégration sociale). Ce sont principalement le travail agricole et les séances psychothérapeutiques qui y contribuent. L'impact de ces mesures sera discuté dans les chapitres suivants.

Discussion

La possibilité d'affronter les "causes de la dépendance" nous semble être un pas essentiel pour une diminution de la consommation. Cette mesure semble donc être très pertinente. Sa mise en œuvre est efficace dans le sens où le cadre de la ferme est jugé comme très favorable pour des réflexions personnelles. Comme nous le verrons par la suite, la partie "travail" et la partie "thérapeutique" se complètent de manière à ce que l'usager puisse analyser ses problèmes psychiques, physiques, sociaux et administratifs et agir pour maîtriser ces derniers. Quelques usagers auront pourtant besoin d'un suivi plus appuyé par le psychologue. Les semaines intensives semblent obtenir des résultats très positifs. Nous recommandons de les institutionnaliser davantage.

La mise en œuvre n'est pas satisfaisante dans le sens où la menace d'exclusion de la thérapie suite à une consommation répétée rend l'élaboration des "causes de dépendance" plus difficile. Les sanctions ne sont pas mises en œuvre par toutes les institutions de manière conséquente. Cela peut être problématique dans le sens où Wettach montre que les institutions qui appliquent les règles et les sanctions de manière conséquente ont plus d'usagers qui vivent sans drogue après la thérapie que les institutions qui appliquent leurs règles de manière moins conséquente⁶³. Nous observons un équilibre délicat entre sanctions conséquentes de la part des institutions et entre la mise à disposition d'assez de temps pour la stabilisation de l'usager.

⁶³ Wettach, R. et al. (2000) pp. 55-58

5.2.3 Conclusion

Les mesures prises pour arriver à une diminution de la consommation sont multiples, correspondant à une combinaison de trois approches différentes de la dépendance (présentées au chapitre 2.1.1): l'approche pharmacologique, l'approche comportementaliste et les approches psychanalytiques et systémiques. Nous sommes d'avis que la complémentarité de ces mesures est une manière efficace de diminuer la consommation de drogue. Comme nous l'avons montré ci-dessus, la mise en œuvre de ces mesures n'est pas toujours très satisfaisante. Il s'agit principalement d'un problème de temps et d'inflexibilité dans le maintien du cadre qui fait que la mise en œuvre des mesures n'est pas adaptée aux besoins de chaque usager.

Selon les personnes interrogées, les usagers changent effectivement leur comportement de consommation de drogues illégales *pendant* la thérapie. Il s'agit d'un changement de fréquence, ainsi que de signification attribuée à la consommation. Nous n'avons pas de données par rapport à la consommation des usagers *après* la thérapie. Nous savons par contre que le fait de vivre sans drogue *pendant* la thérapie augmente les chances que l'utilisateur termine la thérapie et qu'il vive sans drogue *après*. Le fait observé dans les entretiens, de vivre sans drogue au début de la thérapie et de vivre avec une consommation qui se résume à des rechutes non-régulières peut indiquer que la PCER prépare les usagers à une vie avec une consommation contrôlée *après* la thérapie. Cela est renforcé par l'entraînement lors des visites en ville.

5.3 Intégration professionnelle

5.3.1 Finalités et mesures

Le travail est un facteur important pour tous les acteurs interrogés. Selon eux, il est important que l'utilisateur, *pendant* son séjour thérapeutique, effectue un travail qui structure sa journée, le mette à l'aise et lui fasse acquérir des compétences importantes. L'intégration professionnelle est également envisagée comme essentielle dans la définition d'une vie autonome *après* la thérapie. Elle garantit l'autonomie financière de l'utilisateur. L'OFSP insiste davantage sur cette fonction du travail, tandis que l'autonomie financière est relativisée par les thérapeutes. Ces derniers soulignent que l'intégration professionnelle est aussi acquise dès que l'utilisateur s'insère dans le marché du travail protégé et subventionné par l'Etat.

Les mesures mises en œuvre *pendant* la thérapie sont d'abord l'intégration de l'utilisateur dans le travail agricole, puis des mesures par lesquelles l'utilisateur a la possibilité de combler les déficits qui l'inhibent dans une intégration professionnelle. Selon les thérapeutes, l'utilisateur doit surtout apprendre à se fixer des objectifs, prendre des responsabilités, observer des horaires et tenir bon dans le travail. Il doit également combler les déficits liés à sa santé physique et dans la gestion de ses tâches administratives. Nous observons finalement des mesures destinées à l'élaboration de perspectives professionnelles à l'extérieur de la ferme.

5.3.2 Impacts

5.3.2.1 Effectuer un travail

Les usagers estiment avoir un aperçu intéressant de la vie agricole. Ils apprécient le travail réel, parce qu'ils s'y trouvent indispensables et valorisés. Ils s'identifient à la ferme en se comprenant dans la communauté d'exploitation en disant: "Nous faisons... ". Envers les tiers, ils disent travailler à la ferme et ne parlent pas de la thérapie.

Ein Klient: "Ich denke, dass die verschiedenen Arbeiten, die einfach getan werden mussten, wie z.B. Kühe melken - ob man nun mag oder nicht - mir einen gewissen Sinn gaben und mich stärkten."
(documentation mise à disposition par une institution)

Un usager: "Les travaux quotidiens à la ferme - comme par exemple, traire les vaches - doivent être faits qu'on en ait envie ou non. Je pense que ce sont ces travaux qui ont donné un sens à ma vie et qui ont contribué à me rendre plus fort."
(documentation mise à disposition par une institution)

Le travail est adapté à leurs besoins et désirs. Les usagers apprécient de pouvoir effectuer des travaux diversifiés. Les paysans font attention à ce qu'ils aient du plaisir au travail. Ils demandent à l'usager de faire ce qu'il peut faire seul.

Eine Bäuerin: "Der Klient soll nicht zu viel von der *Schissdräckerarbeit* machen müssen."

Une paysanne: "Il ne faut pas que l'usager doive faire trop de travaux de merde."

Eine Bäuerin: "Wir geben ihnen nicht die strübste Arbeit, wenn wir merken, dass sie etwas nicht gerne machen, müssen sie es nicht machen."

Une paysanne: "Nous ne leur donnons pas les travaux les plus durs. Si nous remarquons qu'ils n'aiment pas faire une chose nous ne les obligeons pas à la faire."

Le paysan s'occupe plus de l'accompagnement des travaux extérieurs, tandis que la paysanne s'occupe de l'encadrement dans les tâches ménagères, des travaux de jardinage et des soins corporels. Tous deux sont satisfaits de la force de travail fournie par les usagers. Ces derniers disent avoir peu de difficultés à travailler, sauf au début de la thérapie lorsqu'ils se mettaient sous pression pour faire bonne impression. Les thérapeutes ajoutent que le travail agricole permet d'exploiter les ressources physiques de l'usager.

L'influence de ce travail sur la famille d'accueil

La thérapie s'intègre dans le travail agricole dans le sens que de nombreux exercices thérapeutiques, comme la prise de responsabilité par exemple, sont utiles pour le travail agricole. Les thérapeutes disent que les paysans doivent savoir se débrouiller sans la force du travail de l'usager.

Pour les paysans, les usagers se situent à mi-chemin entre une force de travail et un patient à soigner. Les paysans ne se sentent limités dans leur temps libre que les trois premiers mois de la thérapie, car pendant ces mois l'usager ne doit pas rester seul à la ferme. Après, ils disent ne pas avoir moins de temps libre en raison de la prise en charge, mais ils changent la gestion de leur temps. Selon les paysans, il ne s'agit que d'une question d'organisation. Les paysannes font, par exemple, les achats en attendant l'usager qu'elles ont dû conduire chez le médecin. Une paysanne dit qu'elle ne peut pas mesurer le temps que lui coûte l'usager: à côté des séances thérapeutiques, où les deux époux doivent être présents, ils restent assis un peu plus longtemps après les repas. Füger montre que la surcharge du travail dû à l'usager est d'environ dix heures par semaine⁶⁴.

L'indemnisation de la prise en charge par la famille d'accueil est un point très discuté par les acteurs. Les institutions disent que la ferme doit être rentable sans usager, parce qu'ils ne peuvent pas garantir des prises en charge toute l'année et que la famille doit pouvoir faire une pause pour se reconstituer entre

⁶⁴ Füger, D. (2001) p.121

les différentes prises en charge. Selon la majorité des personnes interrogées, il ne faut pas que les motivations des paysans soient financières. Un thérapeute contredit cette position en avançant que les changements dans l'agriculture font que souvent les paysans ont besoin de ce revenu et que ce n'est pas parce qu'ils travaillent pour de l'argent qu'ils ne fournissent pas un travail de qualité.

Selon une paysanne, la PCER représente une activité secondaire idéal. Elle est présente à la ferme lors des heures de pointe et n'a pas besoin d'une voiture pour se rendre à un travail extérieur. Les paysans disent qu'ils n'auraient pas envie de prendre quelqu'un en charge sans être indemnisés. Ils ajoutent aussitôt que la prise en charge avec le seul but financier ne fonctionnerait pas non plus, car la famille d'accueil aurait tendance à vouloir garder l'usager, même si pour lui ce serait mieux de partir. En plus, les paysans disent avoir peur de devoir se justifier pour les sommes qu'ils gagnent. Une paysanne dit qu'elle ne calcule pas le coût-bénéfice en termes d'argent, car elle bénéficie d'autres avantages comme par exemple la visite régulière des professionnels. Elle sait qu'en comparaison des salaires versés dans le social, elle ne gagne pas beaucoup, mais que, par rapport aux revenus dans l'agriculture, la somme est considérable. Lorsqu'il y a des usagers difficiles, elle se demande parfois si la prise en charge en vaut la peine. Füger montre que le salaire représente entre 10% et 20% du revenu de la ferme et que 70% des familles d'accueil jugent l'indemnisation de la prise en charge adéquate⁶⁵.

Un usager dit que la famille d'accueil gagne beaucoup si l'usager ne pose pas de problèmes, mais peu si elle tombe sur un usager difficile. Quelques usagers se sentent exploités, puisque la famille d'accueil reçoit un revenu secondaire en plus de leur force de travail.

Discussion

Le travail qu'effectue l'usager est un travail réel, utile pour la ferme. Il nous semble une mesure importante de réussite par rapport à l'intégration professionnelle *pendant* la thérapie. Nous observons ici une différence avec les établissements de thérapie résidentielle où le travail est souvent artificiel dans le sens qu'il s'agit plutôt d'un programme d'occupation. La mise en œuvre de cette mesure est vécue comme satisfaisante par les acteurs. Les relations liées au travail posent que rarement problème. Nous voyons donc que les variables déterminant l'état de réintégration isolées par d'autres recherches (cf. Figure 7) sont mises en œuvre de manière satisfaisante. Cela peut avoir des influences positives sur la vie professionnelle et la consommation de drogue *après* la thérapie.

Le travail de et avec l'usager a aussi une influence sur la famille d'accueil. Nous déduisons des entretiens que, pour les familles paysannes qui savent bien s'organiser, la prise en charge est un travail satisfaisant. Nous sommes d'avis que la question d'indemnisation de la famille d'accueil devrait être réglée de manière plus claire. Car en raison des changements dans l'agriculture, beaucoup de paysans ont besoin d'un revenu secondaire, même s'il n'est versé que périodiquement⁶⁶. Les innovations financées par ce revenu supplémentaire ne sont plus de l'ordre du luxe, mais de l'ordre du nécessaire pour la survie de la ferme. A cela s'ajoute le fait que le salaire gagné par la PCER est une partie importante du revenu de la ferme.

Nous pensons que sans indemnisation adéquate les paysans ne peuvent plus offrir un travail protégé et adapté comme c'est le cas actuellement. Il nous semble donc légitime que les paysans considèrent ce salaire comme une partie intégrante de leur revenu. Le contrôle de qualité doit être fait par les institutions.

⁶⁵ Fügen, D. (2001) p.121, 132

⁶⁶ Office fédéral de l'agriculture (2003)

Le sentiment de quelques usagers d'être exploité est un autre point qui fait que nous sommes d'avis que la question du salaire devraient être réglé de manière plus transparente. De manière générale, nous postulons que le salaire que perçoivent les agriculteurs doit être envisagé comme une "activité secondaire non agricole non séparable"⁶⁷. Il ne s'agit donc pas d'une subvention mais d'un salaire gagné grâce à la prestation d'un service. Ce service est pourtant étroitement lié à la fonction d'agriculteur. L'allusion qui a été faite au début de ce travail que la PCER représenterait une subvention de l'agriculture avec de l'argent du social n'est donc pas confirmée par la présente analyse.

C'est également l'indemnisation des familles paysannes qui distingue la PCER de la TAB en Allemagne. La présente analyse montre que le revenu est un critère important pour une prise en charge qualitative de la famille paysanne et a ainsi des implications sur l'usager. Sans avoir clarifié de manière approfondie l'effet du salaire que gagne la famille d'accueil sur l'usager, les résultats de la TAB ne peuvent pas être comparés à la PCER.

5.3.2.2 *Mise à jour des ressources importantes pour le travail*

Un thérapeute indique que la plupart des usagers ont des objectifs irréalistes au début de la thérapie. Avec le soutien du thérapeute, de la famille d'accueil ainsi que des outils comme le plan de soutien et les entretiens semestriels, l'usager apprend à adapter ses objectifs en analysant les objectifs non réussis. Il prend ainsi connaissance de ses potentialités et de ses limites.

Dans le travail, l'usager prend très vite des responsabilités adaptées à ses capacités. Cela peut aller jusqu'à gérer la ferme seul lorsque la famille d'accueil est en vacances.

Eine Bäuerin: "Einer musste sogar zwei mal in der Nacht aufstehen, um ein zu früh geborenes Kalb zu schöppeln. Der machte das super!"

Une paysanne: "Un usager a même dû se lever en pleine nuit pour donner le biberon à un veau prématuré. Il l'a fait d'une manière exemplaire!"

Les usagers s'habituent à observer l'horaire de la journée agricole. Les paysannes indiquent que les médicaments, le rythme de la vie antérieure à la thérapie, ainsi qu'une abondante consommation de café font que les usagers n'arrivent pas à dormir la nuit et à se lever de bonne heure le matin. Ces difficultés diminuent avec le temps, mais restent un symptôme d'autres problèmes. Quelques paysannes disent lutter pour que l'usager se lève à l'heure, tout au long de la thérapie. Les familles d'accueil aimeraient connaître plus d'astuces pour gérer ces difficultés.

Eine Bäuerin: "Ich habe es satt, jeden Morgen den Weckdienst zu machen und zu warten bis der Klient endlich geruht aufzustehen!"

Une paysanne: "J'en ai ras le bol de réveiller l'usager chaque matin et d'attendre qu'il se lève enfin!"

L'horaire réglementé aide l'usager à tenir ferme dans le travail de jour en jour.

Ein Klient: "Als hilfreich empfinde ich die Tagesstruktur: am Morgen zu wissen, was ich den ganzen Tag mache, keine Löcher zu haben." (documentation mise à disposition par une institution)

Une paysanne: "Avoir une journée structurée est un soutien. Quand je me lève le matin, je sais ce que je vais faire de ma journée, sans qu'ils y ait des vides" (documentation mise à disposition par une institution)

⁶⁷ Office fédéral de l'agriculture (2003) p. 47

Après avoir consommé de la drogue, les usagers sont obligés de se lever et de travailler. Les thérapeutes disent que cela évite que la consommation de drogue soit utilisée pour s'autoriser des pauses. Selon les paysannes, les usagers n'ont plus l'habitude de supporter des "douleurs normales", comme des maux de tête, car ils étaient toujours anesthésiés par des médicaments et des drogues. Pour les paysannes, il est difficile d'évaluer si un usager est vraiment malade ou s'il "fait le cirque" afin de ne pas devoir travailler. Les paysans ne comprennent pas que l'usager trouve toujours un médecin qui lui certifie une maladie qui le dispense de travailler.

Eine Bäuerin: "Was bezweckt der Klient mit seiner Leidensmine, seinen imaginären Krankheiten? Will er Mitleid, Zuwendung oder eher Aufmerksamkeit von uns?"

Une paysanne: "Où veut en revenir l'usager avec sa voix de martyr, ses maladies imaginaires? Veut-il de la pitié, de la tendresse ou plutôt de l'attention?"

Un usager raconte que c'est la première fois de sa vie qu'il s'adonne régulièrement à un passe temps. Il va deux fois par semaine dans un club de sport. Un autre usager fait du VTT toutes les semaines sans exception. Il est fier d'avoir déjà fait des centaines de kilomètres.

Les paysans envisagent l'hygiène comme un facteur important dans le travail et dans la vie en communauté. Plusieurs paysannes doivent faire attention à l'hygiène en travaillant la nourriture de base. Elles contrôlent que l'usager ait pris une douche, changé d'habits etc.

Les paysans gèrent les médicaments, voire la méthadone de l'usager sous le contrôle des institutions. Ils sont conscients des risques et prennent au sérieux leur tâche d'infirmier. Au début de la thérapie, les usagers sont très faibles. En soignant un usager malade, les paysans lui apportent une attention spéciale, une relation affective et des contacts physiques. Les paysans gâtent l'usager en lui apportant du thé, en lui faisant des pansements etc. Une paysanne indique que prendre soin de soi reflète un respect de soi. Les usagers observent une amélioration de leur état de santé grâce à la diminution de produits toxiques (drogues et médicaments), à la nourriture équilibrée et au travail physique à l'air libre.

Ein Klient: "Die Arbeit auf dem Feld so wie auf dem Hof bewirken einerseits eine grosse Befriedigung, weil man die Resultate der Arbeit klar sehen kann, andererseits eine angenehme Müdigkeit. In der Zeit hier hatte ich folglich selten Mühe einzuschlafen."

Un usager: "D'une part, les travaux aux champs et à la ferme me donnent une grande satisfaction, car on en voit les effets. D'autre part, ils me procurent une 'bonne' fatigue. Durant la période que j'ai passé ici je n'ai que rarement eu des difficultés à m'endormir."

L'abstinence et le suivi médical régulier permettent à l'usager de se rendre compte des maladies éventuelles (VIH, hépatite C). Les usagers disent avoir une relation de confiance avec leur médecin et leur thérapeute pour décider si un traitement est adéquat. Un usager qui prend des médicaments lourds représente un défi supplémentaire pour la famille d'accueil.

Les usagers sentent que la mise en ordre de leurs affaires juridiques et administratives est une priorité de haute importance, car elles permettent leur intégration professionnelle et sociale. Les usagers sont soutenus dans ces tâches (inscription à l'AI, redemande du permis de conduire, lien avec l'appareil juridique, mise en lien avec des services d'assainissement de dettes, etc.) par les thérapeutes et les paysans. Les paysans disent qu'après la thérapie, le chaos recommence de nouveau et souhaitent que le soutien de la part des institutions continue *après* la thérapie.

Discussion

Comblent les déficits et élaborer des ressources importantes pour le travail, nous semble une mesure pertinente pour arriver à une intégration professionnelle. La mise en œuvre des différentes mesures est efficace dans le sens où l'utilisateur apprend et met en œuvre ces nouvelles capacités dans le travail de la ferme. Avec l'aide du thérapeute, il apprend à se fixer des objectifs, une compétence qui influence son état de réintégration *après* la thérapie (cf. Figure 7). L'utilisateur prend des responsabilités, respecte un horaire imposé et, la plupart de temps, tient bon dans son travail.

Les mesures qui stabilisent l'état de santé, surtout la diminution des produits toxiques, la nourriture, le rythme des journées équilibrées ainsi que le travail physique à l'extérieur sont également très efficaces. Le suivi médical par le médecin et les paysans est garanti de manière professionnelle. Dans la mise en œuvre des mesures concernant la santé de l'utilisateur, nous observons toutefois un manque de communication entre les médecins et les familles d'accueil.

Il est difficile de dire si les usagers peuvent utiliser les compétences développées également *après* la thérapie. Selon les paysans, elles sont plutôt liées au cadre de la journée agricole. Il nous semble que les ressources des usagers à l'entrée de la thérapie ne sont pas assez prises en compte dans la mise en œuvre de ces mesures. Ainsi, les deux usagers interrogés n'ont que peu de déficits par rapport aux capacités nécessaires au travail. D'autres usagers pris en charge par les paysans interrogés, ont par contre besoin de plus de temps pour assimiler ces nouvelles ressources.

5.3.2.3 *Elaboration des perspectives professionnelles*

Les usagers fréquentent les services d'orientation et de conseil. Ils suivent des cours pour réactiver quelques connaissances clés (mathématiques, informatique). Après quelques mois, ils commencent souvent un stage, parfois dans des structures liées à l'institution. Les paysannes disent que les usagers ont souvent des rechutes au moment où ils commencent un travail ou un apprentissage à l'extérieur de la ferme. Vers la fin de la thérapie, ils postulent dans des entreprises temporaires et commencent, si possible, une formation ou un travail extérieur à la ferme. Selon les institutions et les paysans, il n'y a pourtant que peu de possibilités sur le marché du travail.

Les deux usagers interrogés sont à la recherche d'une formation en lien avec la vie agricole. A long terme, ils envisagent un emploi de soutien aux personnes toxicomanes. Ils veulent ainsi valoriser leur vécu dans la carrière de toxicomane et en thérapie.

Discussion

Nous sommes d'avis que l'élaboration de perspectives professionnelles *pendant* la thérapie est une mesure importante pour une intégration professionnelle *après* la thérapie. La mise en œuvre de ces perspectives est souvent difficile. D'abord parce que le pas du travail protégé à la ferme vers un travail protégé en dehors de la ferme est trop grand pour beaucoup d'utilisateurs. Il devrait être assoupli par des statuts intermédiaires. Les difficultés ne s'expliquent pourtant pas seulement par des facteurs liés à l'utilisateur, comme la peur de rencontrer de nouvelles personnes ou des déficits liés à sa vie de consommateur de drogue, mais aussi par des facteurs liés aux structures sociales et économiques en place. Les acteurs sentent qu'une carrière de toxicomane rend l'accès au marché du travail plus difficile. C'est ainsi que les usagers ne disent pas au premier abord qu'ils suivent une thérapie de dépendance.

A la fin de la thérapie, pour certains usagers, il n'est pas (encore) possible de s'intégrer dans le marché du travail. Ils pourront toutefois s'intégrer au marché du travail protégé ou rester comme travailleurs à la ferme jusqu'à ce qu'ils trouvent un autre emploi. Cela n'est pas prévu par l'institution et les paysannes ne peuvent pas imaginer être à la fois la personne de référence et l'employeur. Des solutions plus flexibles sont donc à élaborer. L'axée de la thérapie sur le travail permet aux usagers de se défaire de leur "étiquette de toxicomane". Cela nous paraît très importante et efficace, non seulement pour leur intégration professionnelle, mais également pour leur intégration sociale et leur changement identitaire.

5.3.3 Conclusion

Le travail est un facteur primordial d'intégration et d'intégrité de la personne dans notre société. Cela n'est pas différent pour les personnes qui suivent une thérapie de dépendance. Les mesures qui intègrent l'usager dans un travail sont donc importantes et efficaces. La mise en œuvre de ces mesures est satisfaisante dans le sens où elles permettent à l'usager d'effectuer un travail comme un autre, qui engendre un horaire structuré de la journée et de la semaine et lui permet de développer ses compétences au travail. La différence d'avec le marché du travail s'observe par le fait que l'usager ne reçoit pas de salaire, ce qui est difficile à accepter pour certains d'entre eux. Le salaire est aussi débattu en ce qui concerne la famille d'accueil. Nous proposons de discuter ce point lors des séances thérapeutiques, afin que chaque partie soit plus au clair sur les raisons de la présence ou l'absence d'un salaire.

En général, l'intégration professionnelle à la ferme est très réussie. Par contre, l'intégration professionnelle extérieure à la ferme (*pendant* et *après* la thérapie) est problématique. La mise en œuvre des mesures qui préparent l'usager à cette intégration a des lacunes, en ce qui concerne l'adaptation aux besoins individuels de chaque usager et en ce qui concerne l'accompagnement *après* la thérapie.

5.4 Intégration sociale

5.4.1 Finalité et mesures

L'intégration sociale, dans le sens où l'usager a des contacts avec des personnes qui ne consomment pas de drogue, est envisagée par tous les acteurs du dispositif.

L'intégration sociale est mise en œuvre par une intégration dans la famille d'accueil, la recréation des liens avec la famille d'origine, l'intégration dans un cercle de non-consommateurs de drogues, ainsi que par l'amélioration des compétences relationnelles.

5.4.1.1 L'intégration au sein de la famille d'accueil

La relation entre l'usager et la famille d'accueil

Tous les acteurs sont d'accord sur la nécessité d'intégrer l'usager dans la vie quotidienne et familiale. Toutefois, la forme de cette intégration est fortement discutée. Pour les paysans, l'intégration est très importante tandis que pour les thérapeutes, elle est plutôt un effet secondaire de la situation de logement et de travail en commun. Nous observons également des désaccords entre les paysans.

Ein Therapeut: "Wir bieten keine Ersatzfamilie, sondern eine begleitete Wohn- und Arbeitssituation. So stellen wir den Familienanschluss nicht an erste Stelle."

Un thérapeute: "Nous n'offrons pas une famille de remplacement, mais un logement et un travail accompagné. C'est pour cette raison que l'intégration familiale n'est pas prioritaire."

Eine Bäuerin: "Es ist wichtig, dass die Familie eine Stube und gewisse Zeiten für sich hat, wo der Klient nichts zu suchen hat. Auch er soll sich abgrenzen können."

Une paysanne: "Il est important pour la famille de disposer d'un salon et de moments pour elle-même. Des espaces dans lesquels l'utilisateur ne doit pas entrer. Pour l'utilisateur aussi, il est important de pouvoir se démarquer de la famille."

Eine Bäuerin: "Man muss die Familie öffnen. Es geht nicht, dass die Klienten einfach da sind und am Abend ist die Stubentüre und der Kühlschrank zu."

Une paysanne: "La famille doit s'ouvrir. Il est impossible que les usagers soient simplement présents et que nous fermions le salon et le réfrigérateur."

Une paysanne indique que les usagers plus âgés viennent plutôt à la ferme pour avoir des moments de calme et pour se régénérer, tandis que les usagers plus jeunes cherchent à s'intégrer dans la famille. Quelques usagers préféreraient une vie indépendante en appartement où ils auraient leur intimité. La manière d'intégrer les usagers varie donc selon les familles. Un thérapeute indique que l'institution organise le placement selon les besoins de l'utilisateur. Les paysannes disent faire en sorte que l'utilisateur passe beaucoup de temps avec la famille.

Eine Bäuerin: "Wenn jemand da ist, gibt es längere z'nüni- und z'vieri-Pausen. Auch reden wir viel beim gartnen, bleiben einmal stehen und legen den Rechen zur Seite."

Une paysanne: "Quand il y a un usager à la ferme, nous faisons les pauses de neuf heures et de quatre heures plus longues. Pendant les travaux de jardinage également nous nous arrêtons de temps en temps et posons le râteau par terre."

Les thérapeutes indiquent qu'un écart entre les valeurs de la famille d'accueil et celles de l'utilisateur est très présent, mais ne pose jamais vraiment problème. Une paysanne dit, par contre, que souvent les usagers ne peuvent pas comprendre qu'elle puisse être heureuse en ayant si peu de choses. Un usager dit ne pas être à l'aise dans l'"entreprise de production" de la ferme. Il dit que les paysans ne peuvent pas se permettre d'être douillets: une vache malade va chez le boucher. En raison de cela l'utilisateur n'ose pas parler de ses petites douleurs. Parallèlement, les usagers insistent sur les relations chaleureuses et de confiance qu'ils entretiennent avec la famille d'accueil. Un usager dit apprécier le fait d'être en présence de "gens normaux", qui évitent d'analyser tout ce qu'il dit:

Ein Klient: "Hier lebe ich mit normalen Menschen zusammen und nicht mit lauter Therapeuten, die jeden Satz von mir analysieren." (documentation mise à disposition par une institution)

Un usager: "Ici, je vis avec des gens normaux et non pas avec plein de thérapeutes qui analysent chacune de mes phrases." (documentation mise à disposition par une institution)

De manière générale, les paysans apprécient également la relation qu'ils entretiennent avec les usagers. Ainsi, une paysanne dit bien connaître son usager et décrypter le sens caché de ses messages.

Eine Bäuerin: "Oft möchte er gerne etwas sagen, aber er braucht andere Wege um dies mitzuteilen. So erzählte er nach einem Betriebsausflug, alle hätten gesoffen, nur er nicht, da weiss ich genau, dass er nachher konsumieren musste."

Une paysanne: "Souvent il aimerait me dire quelque chose et utilise d'autres manières pour me le dire. Ainsi, il m'a raconté après une sortie d'entreprise que tout le monde avait picolé, sauf lui. J'ai bien compris qu'il a dû avoir consommé après la sortie d'entreprise."

Par contre, les paysans indiquent qu'il y a souvent des problèmes de vol ou de petits délits. Ils veillent à ce que l'usager observe les règles de la maison, surtout concernant les endroits où il est interdit de fumer. Les paysans et les thérapeutes disent que les relations se détériorent vers la fin de la thérapie. Il arrive que quelques usagers commettent encore un délit qui les exclut de la thérapie la semaine avant leur départ. Selon un thérapeute, cette manière de faire permet à l'usager de quitter le dispositif de sa propre volonté au lieu de se sentir obligé par l'institution. Les paysans sont d'avis qu'ils ne peuvent pas éduquer un usager, mais qu'ils peuvent lui donner un exemple de mode de vie. Ils réfléchissent beaucoup aux raisons du mal-être des usagers:

Eine Bäuerin: "Es gibt keinen Tag, an dem ich mich nicht frage: 'Warum? Warum schafft es der Klient nicht, sein Leben auf die Reihe zu bringen? Was hindert ihn daran sich einzusetzen, normal zu arbeiten, selbständig zu leben? Wieso kann er seine Intelligenz nicht aktiv einsetzen?' "

Une paysanne: "Il ne passe pas un jour sans que je me demande: 'Pourquoi? Pourquoi l'usager n'arrive-t-il pas à gérer sa vie? Qu'est-ce qui l'empêche de s'investir, de travailler normalement, de vivre de manière autonome? Pourquoi lui est-il impossible d'utiliser son intelligence?' "

Les paysans disent que les usagers deviennent en quelque sorte un nouveau membre de la famille. Une paysanne raconte qu'un usager voulait se faire adopter par elle et son mari. Plusieurs actes symboliques vont dans ce sens, comme par exemple des cadeaux offerts par l'usager lors de la fête des mères.

Eine Bäuerin: "Sie werden eben doch ein Bisschen unsere Kinder."

Une paysanne: "Malgré tout, ils deviennent un peu nos enfants."

Eine Bäuerin: "Am Muttertag fand ich einen Brief von der Klientin, unterschrieben mit: 'dein Findelkind'. Das sind Worte die verpflichten."

Une paysanne: "A la fête des mères, j'ai reçu une lettre de l'usager, signée avec: 'ton enfant trouvé'. Ce sont des mots qui obligent."

Eine Bäuerin: "Als der Klient mir erzählte, dass seine Mutter aus Enttäuschung über den kommenden Therapieabbruch geweint hatte; meinte ich, dass ich an ihrer Stelle auch geweint hätte. Der Klient bat mich dies zu tun."

Une paysanne: "Quand l'usager m'a raconté que sa mère avait pleuré de déception en prenant connaissance de l'interruption de sa thérapie, j'ai dit que j'aurais fait la même chose à sa place. Il m'a demandé de le faire."

Les thérapeutes observent également une tendance à des relations fusionnelles entre familles d'accueil et usagers. Ils s'appliquent à ce que les rapports restent transparents et surtout à ce que l'usager quitte la ferme plutôt que de la considérer comme un "cocon" protecteur où il souhaiterait rester.

Ein Therapeut: "Manchmal muss ich sie aus dem Busch klopfen und locken."

Un thérapeute: "A certains moments, je suis obligé de les secouer et de les pousser à prendre de l'initiative."

Souvent, la réussite de la thérapie est vécue comme une pression par les paysans. Après qu'un usager a perdu sa place d'apprentissage, une paysanne a exprimé ses doutes en disant que "toute cette énergie avait été dépensée en vain". Une autre paysanne pleure en racontant que le psychiatre a "forcé" l'usager à arrêter la thérapie.

Selon les thérapeutes, les familles d'accueil ayant plus d'expérience se distancient plus que les familles qui en sont à leur première prise en charge. Avec l'expérience, elles sentent moins la pression du succès et gèrent mieux les déceptions. Un thérapeute indique qu'il est important que les paysannes ne soient pas trop déçues en cas d'échec, car les usagers ont dans leur biographie un sentiment récurrent de culpabilité d'avoir souvent déçu. Ils doivent apprendre qu'ils se déçoivent eux-mêmes en premier lieu. À plusieurs reprises, les usagers insistent sur le fait que la famille d'accueil devrait être préparée au travail de prise en charge de personnes dépendantes.

Les paysans disent également que c'est surtout lors de leur premier mandat en tant que famille d'accueil qu'ils ont beaucoup souffert. C'est avec l'expérience, ainsi qu'à travers la formation ABL, qu'ils ont appris à prendre de la distance avec les problèmes de l'usager. Ils se perçoivent comme un élément de la thérapie parmi d'autres et ne prennent plus chaque rechute de l'usager comme un échec personnel.

Bien que les paysans disent que les usagers deviennent un peu leurs propres enfants, ils indiquent que la distinction entre les deux se fait toujours. Une paysanne dit par exemple qu'elle embrasse son fils lorsqu'il est triste, tandis qu'elle n'embrasserait jamais un usager dans la même situation. Avec l'expérience, les paysans veillent à prendre assez de temps pour eux et leurs familles. Mais une paysanne parle d'une situation où elle aurait aimé fêter Noël en famille, mais a eu pitié de l'usager qui était seul.

Eine Bäuerin: "Als Gastfamilie versucht man Pfähle einzuschlagen und schaut ob das wirklich ein Brückchen gibt das beim Klienten ankommt. Aber er muss es selber begehen."

Une paysanne: "En tant que famille d'accueil, on essaie de construire des ponts pour aider l'usager. Mais c'est lui qui doit les franchir seul."

Après la thérapie, les paysans continuent à inviter les usagers pour des fêtes de famille. Pourtant souvent, il y a une période sans contact pendant laquelle les paysans aimeraient savoir ce que l'usager devient. Parfois, les usagers reprennent contact seulement quelques années plus tard:

Eine Bäuerin: "Plötzlich kommt wieder ein Brief, mit schon fast einer kleinen Familie, das ist dann schon schön."

Une paysanne: "Tout-à-coup, il arrive une lettre de l'usager sur le point de fonder une famille: ça, ça fait vraiment plaisir."

Les paysans sont unanimes sur le fait que l'Etat investit beaucoup d'argent pour les usagers *pendant* la thérapie, mais qu'*après* celle-ci il y a une rupture dans la continuité de la prise en charge. Cette rupture est souvent trop abrupte et les efforts consentis sont ainsi perdus. Il n'y a que peu d'usagers qui peuvent se financer un suivi post-thérapeutique. Parfois, la prise en charge des paysans continue de manière informelle après la thérapie. Une paysanne indique que cette prise en charge se fait par défaut, parce qu'elle ne peut pas abandonner une personne dans un monde qu'elle n'est pas encore capable d'affronter seule.

Eine Bäuerin: "Für mich war es selbstverständlich, den Menschen noch weiter zu begleiten, wenn er das wünscht. Wenn man so intensiv zusammen lebt und arbeitet, kann eine Vertrauensbasis entstehen, die man nicht einfach so wegstecken kann."

Une paysanne: "Il est naturel pour moi de continuer d'accompagner quelqu'un, s'il le souhaite. Si on a travaillé et vécu ensemble de manière si intensive, une confiance peut s'installer que l'on ne peut pas balayer si facilement."

Les répercussions sur la famille d'accueil

Les paysans sont d'avis que les côtés positifs de la PCER priment sur les côtés négatifs. Une paysanne dit que vivre aux côtés d'usagers provoque parfois des situations stressantes. Les usagers difficiles sont plus fatigants que les autres: ainsi, un usager musulman acceptait uniquement les remarques du paysan et pas celles de la paysanne. Les usagers essaient souvent de diviser les époux, en racontant des mensonges sur l'un et l'autre. Les paysans insistent sur l'importance de former une unité dans le couple. Une paysanne dit que dans les moments où l'usager la déçoit, elle essaye de comprendre sa réaction en se référant à la biographie de l'usager. Les paysans craignent parfois que les usagers se mettent en danger ou mettent en danger leur entourage. Les rechutes et les situations de réanimation après une overdose font partie des choses difficiles à vivre pour la famille.

Selon les thérapeutes, l'usager amène un "vent nouveau" à la ferme. Une paysanne ajoute qu'on devient plus tolérant à un point de vue extérieur à l'agriculture en ouvrant sa maison. Les paysans disent qu'ils aiment utiliser leurs propres capacités et qu'ils apprécient que le travail et la famille soient sous le même toit.

Ein Bauer: "Als Bauer habe ich das Ziel, die Fruchtbarkeit unserer Lebensgrundlage, des Bodens zu erhalten, oder gar zu steigern. Als Mensch in der sozialtherapeutischen Arbeit, arbeite ich am sozialen Boden."

Un paysan: "Mon but comme paysan est de préserver ou même d'améliorer la fertilité du sol, qui nous est vital. En tant que personne active dans le travail socio-thérapeutique, je laboure le sol social."

Les paysans sont unanimes sur le fait que l'intégration de l'usager a un impact sur le développement de leurs enfants. Ils apprennent des valeurs de tolérance, réfléchissent sur des normes sociétales et développent des sensibilités et des capacités relationnelles importantes. La question de l'âge que doivent avoir les enfants est fortement débattue chez les paysans. Certains ne peuvent pas envisager de prendre en charge un usager dans une famille avec des enfants en bas âge. À part les dangers potentiels des médicaments et des rechutes, les parents auraient vite tendance à être surmenés par la situation de prise en charge et n'auraient plus assez de temps pour leurs enfants. Pour ces derniers, il serait difficile de s'habituer chaque année à un autre usager et de comprendre pourquoi un adulte agit "de manière bizarre" comme le fait l'usager, après avoir consommé de la drogue.

Eine Bäuerin: "Obwohl wir die Medikamente (Methadon, Valium) doppelt verschlossen aufbewahren, hätte ich die ganze Zeit Angst, ein Kind würde dazu kommen. So eine Dosis wie der zum Frühstück nimmt, bringt uns um."

Une paysanne: "Même si nous enfermons les médicaments à triple tour, j'aurais certainement peur tout le temps qu'un enfant les avale. Rien que la dose qu'il prend au déjeuner nous tuerait."

Pour d'autres paysans, les usagers s'insèrent bien dans un système familial avec des enfants en bas âge. Les usagers peuvent s'occuper des enfants, ce qui leur donne un sentiment de responsabilité et ce qui soulage la paysanne. Les enfants facilitent la communication autour des sujets délicats, tels que l'hygiène. Les enfants apprennent dès leur bas âge que les adultes peuvent également avoir des faiblesses, ce qui les rend plus tolérants envers leur entourage.

Eine Bäuerin: "Als der Klient so ungepflegt an den Frühstückstisch kam, sagten die Kleinen: 'Mer müend ame zerscht s'Gsecht wäsche'. Ohne zu murren erhob sich der Klient und kam gewaschen und gebürstet wieder zurück."

Une paysanne: "Un jour, l'usager s'est montré négligé au déjeuner et les petits ont dit: 'Normalement, nous devons nous laver le visage avant'. Sans râler l'usager s'est levé et est revenu plus tard, lavé et les cheveux coiffés."

Les craintes des familles d'accueil par rapport aux effets néfastes qu'une prise en charge pourrait avoir sur des enfants en bas âge vont dans le sens de Messerli, qui montre que la prise en charge représente un risque pour les enfants en bas âge, car les parents seraient moins disponibles pour ces derniers. La prise en charge a, par contre, une influence bienfaisante sur le développement des adolescents, dans le sens où les jeunes résistent mieux à la consommation de drogue et apprennent à s'affirmer davantage⁶⁸.

Le travail de prise en charge a également une influence sur la vie en couple. Souvent, c'est la paysanne qui est responsable de la prise en charge. Parfois les époux se la partagent. Ce sont surtout les paysannes qui se sentent responsables de l'organisation de la vie quotidienne et qui disent avoir de la peine à "porter ces différentes casquettes". Elles indiquent également que les usagers les confrontent souvent à leur propre vécu et à leur limites. Ainsi, une paysanne reconnaît son bonheur de ne pas avoir recours à des moyens identiques à ceux qu'utilise l'usager (anesthésier ses douleurs avec des toxiques). Plusieurs paysannes disent qu'elles se sont rendu compte du poids des traditions agricoles. Elles ont ainsi pris conscience, qu'elles se sont "mariées avec toute la ferme" et qu'elles ont accepté les traditions implicites de cette dernière, comme par exemple d'avoir au moins quatre enfants. Le travail de partenaire avec les thérapeutes fait qu'elles développent une estime d'elles-mêmes et prennent une nouvelle position dans le couple, ce qui n'est pas toujours facile pour leur mari.

Les répercussions sur la famille d'accueil sont envisagées de manière différente par les thérapeutes. Deux thérapeutes voient peu de risques pour la famille d'accueil. Ils disent que l'institution est là pour éviter et régler ces situations. Le troisième thérapeute interrogé parle également de ce soutien global de l'institution, mais reconnaît que la famille d'accueil doit gérer des moments difficiles: la cohabitation permanente est fatigante. Parfois, l'usager se "défole" sur la famille d'accueil. Les rechutes, les surdosages ou le départ de l'usager représentent également des moments difficiles. Ce thérapeute indique que la famille vit régulièrement des frustrations, si elle n'adhère pas à l'idée qu'elle ne

⁶⁸ Messerli, M. (2004)

peut pas guérir, mais soutenir. Pour lui, l'accompagnement de la famille consiste principalement à montrer que les valeurs et attentes de la famille ne correspondent pas forcément aux valeurs de l'utilisateur.

La relation avec l'institution

Les thérapeutes accompagnent à la fois l'utilisateur et la famille d'accueil. Dans les entretiens, ils mettent davantage en avant leur fonction d'accompagnement de l'utilisateur. Ils assument la sélection, le placement, la gestion administrative, mais également la fonction de soutien et d'appui. Les usagers qualifient la relation aux thérapeutes d'une relation partenariale, tandis que les thérapeutes insistent davantage sur leur rôle éducatif. Les paysans espèrent que les thérapeutes font des choix fondés lors de la sélection des usagers, car pour les paysans, la motivation de l'utilisateur est primordiale. Les thérapeutes disent que les entretiens de sélection sont importants, mais leur financement n'est pas toujours assuré.

Les paysans et les usagers accordent leur confiance aux thérapeutes, quant à la prise de décisions. Les paysans sont sûrs que sans le soutien de l'institution, ils n'arriveraient pas à mettre en œuvre une prise en charge de qualité. Ils savent pouvoir compter sur l'institution en cas d'urgence ou dans les situations délicates. En général, les familles d'accueil apprécient la clarté des accords avec l'institution. Pour les institutions, la fidélité de leurs familles d'accueil représente un critère de succès.

Une paysanne envisage les séances thérapeutiques hebdomadaires comme une forme de formation gratuite, grâce à laquelle elle peut acquérir des compétences de communication qui ne l'aident pas uniquement à communiquer avec l'utilisateur, mais qu'elle peut transférer dans d'autres situations également. Une autre paysanne dit avoir appris, par les critiques constructives et valorisantes des thérapeutes, à accepter les critiques et à prendre la parole en public. En général, les paysans apprécient les conseils donnés en séance thérapeutique, mais précisent qu'il est souvent plus difficile de les mettre en œuvre. Les familles d'accueil apprécient les séances d'évaluation après la prise en charge de chaque usager. Elles aimeraient davantage d'informations sur les effets de leur travail.

Les institutions organisent un à deux jours de formation par an, obligatoires pour les familles d'accueil. Les paysans affirment y acquérir des savoirs spécifiques liés à la dépendance et pouvoir échanger avec d'autres familles d'accueil. Les institutions disent encourager les familles d'accueil à participer au cours ABL, mais, qu'en général, la formation intra-institutionnelle, ainsi que les séances hebdomadaires suffisent pour offrir une prise en charge de qualité.

Les participants de la formation ABL disent qu'ils ont accès à des savoirs plus globaux sur la prise en charge des personnes en difficulté. Ils disent avoir reconnu que leur système de valeur n'est pas le système de valeur de leurs usagers. Ils se sont également rendu compte de l'importance de se distancier de ce dernier et de protéger leur noyau familial. Les participants ABL disent mieux cerner l'importance de l'encadrement thérapeutique, mais se rendent compte que ce dernier n'apporte pas toujours de réponse. Ce sont surtout les paysannes qui disent apprécier d'avoir une occasion pour pouvoir quitter la ferme une journée toutes les deux semaines et de se retrouver avec d'autres personnes.

Bien que le travail à la fin de la formation leur fasse peur, les paysans apprécient de réfléchir de manière approfondie à un sujet qui pose problème et sont fiers d'être capables de rédiger un travail de plusieurs pages. Les paysans pensent que la PCER se formalisera et qu'un certificat sera indispensable pour le permis de prise en charge dans l'avenir proche. Bien qu'ils pensent que la reconnaissance fédérale du certificat ABL ne changera pas la qualité de la formation, les paysans souhaitent cette reconnaissance pour justifier leur revenu. Les paysannes, en particulier, souhaitent la valorisation par un certificat fédéral, parce que plusieurs d'entre elles n'ont jamais accompli de formation.

Discussion

L'intégration dans la famille d'accueil est une mesure adéquate pour une intégration sociale de l'usager, car la famille d'accueil fait partie de la population non consommatrice et non spécialiste. La rencontre entre l'usager et la famille d'accueil est une rencontre de personnes, de valeurs et de représentations différentes qui implique beaucoup de difficultés, mais qui, aux yeux des acteurs, débouche sur un enrichissement pour les deux parties.

La mise en œuvre de l'intégration est satisfaisante dans le sens que les usagers ont en général peu de peine à s'intégrer dans la famille d'accueil et que les paysans intègrent bien l'usager au sein de la famille. Cependant, l'efficacité de la mesure d'intégration doit être nuancée. L'intégration se fait souvent de manière fusionnelle. L'usager développe ainsi une dépendance nuisible envers la famille et n'apprend pas à être responsable de sa vie. Par ailleurs, la famille vit des déceptions violentes lors des "échecs". Nous observons également une mise en œuvre déficitaire de la mesure au moment du départ de l'usager. Cette transition nous semble trop abrupte. Bien que le cadre de la ferme soit plus proche de la vie "extérieure" que le cadre thérapeutique des établissements de thérapie résidentielle, la sortie de ce cadre protégé est un changement considérable pour l'usager.

L'intégration d'un usager provoque également des effets sur la famille d'accueil. Quelques effets sont appréciés par les familles paysannes, d'autres sont considérés comme négatifs voire menaçants. En général, les institutions perçoivent moins d'effets négatifs que les familles d'accueil. Comme nous l'avons montré, les aspects positifs de l'insertion des usagers priment sur les aspects négatifs, dès que la famille paysanne met en œuvre des stratégies pour surmonter les difficultés. Solliciter l'aide de l'institution est une stratégie importante et efficace. Il nous paraît donc important que l'institution connaisse mieux les préoccupations des familles d'accueil pour conseiller ces dernières de manière efficace.

L'intégration d'un usager change le système familial. Etant donné que les effets sur les enfants en bas âge sont très discutés, nous proposons qu'avant de commencer la prise en charge, ces familles aient la possibilité d'échanger avec d'autres familles d'accueil. La collaboration avec les thérapeutes modifie le statut de la paysanne au sein du couple, ce qui est vécu comme très enrichissant pour les paysannes concernées. Parallèlement, cela peut créer des tensions dans le couple. Actuellement la famille d'accueil n'a à disposition que les thérapeutes pour parler de ces difficultés. Les thérapeutes prennent en même temps une position d'employeur. Il nous paraît important que la famille d'accueil ait la possibilité, comme la majorité des personnes qui travaillent dans un secteur social, de faire appel à une instance de supervision extérieure.

En résumé, nous voyons que la satisfaction ressentie par rapport à l'intégration de l'usager au sein de la famille d'accueil dépend principalement de la capacité de la famille à instaurer des rapports équilibrés entre proximité et distance, ainsi qu'un équilibre entre rapports familiaux et rapports professionnels avec l'usager. Cette capacité se développe avec l'expérience de plusieurs prises en charge.

Nous suggérons ainsi une meilleure préparation et un accompagnement plus soutenu des familles d'accueil par les institutions. Nous sommes d'avis qu'une formation plus approfondie ou une supervision sans la présence de l'usager est à institutionnaliser, dès le début de la prise en charge. Selon les recherches présentées schématiquement par la Figure 7 et selon les usagers interrogés, les

familles d'accueil, ayant une bonne préparation à la tâche de prise en charge, influencent positivement l'utilisateur à achever le traitement. Les formations augmentent la reconnaissance du travail des paysans; elles permettent le développement d'une identité professionnelle complémentaire. La reconnaissance fédérale du certificat ABL est à envisager pour les mêmes raisons. Cette préparation approfondie devrait permettre aux familles d'accueil de trouver davantage de stratégies pour gérer les difficultés. Ce sont précisément ces stratégies qui leur permettent d'éviter le *burnout*, facteur qui influence, selon les recherches de l'ISF, l'utilisateur à finir la thérapie (cf. 2.2.1.1).

5.4.1.2 Renouer les liens avec la famille d'origine

Les institutions essaient d'impliquer les familles d'origine dans le processus thérapeutique. Le contact entre l'utilisateur et sa famille d'origine est assuré par des rencontres en présence du thérapeute ou lors de visites le week-end. Les usagers interrogés apprécient cette possibilité de contact avec leur famille.

Pourtant, la prise en charge dans une autre famille engendre plusieurs difficultés: quelques usagers comparent la vie familiale de la famille d'accueil avec leur propre enfance. Ils se sentent trahis par leur famille d'origine et leur font des reproches de ne pas avoir permis des relations chaleureuses similaires. Selon les thérapeutes, la famille d'origine se sent souvent mise en concurrence avec la famille d'accueil. Parfois, les familles d'origine disent du mal de la famille d'accueil ou reprochent à cette dernière d'exploiter leur enfant. Lorsque la famille d'origine vient chercher leur enfant à la ferme pour les week-ends, les paysans se sentent parfois inhibés et peu valorisés dans leur travail.

Eine Bäuerin: "Wenn ich diese Frau auf unserem Hof herumstolzieren sah, mit all dem Schmuck behangen und ihrem mehrbesseren Getue, fühlte ich mich minderwertig... Immer hätten wir immer alles bereits gemacht haben müssen... wenn etwas schief lief, waren immer wir schuld."

Une paysanne: "Quand j'ai vu cette dame se pavaner dans notre ferme, avec tous ses bijoux et avec son comportement guindé, je me suis sentie d'une valeur inférieure... D'avance nous aurions déjà dû avoir tout fait... Quand quelque chose tournait mal, c'était toujours de notre faute."

Ein Bauer: "Viele Städter haben einfach ein falsches Bild vom Bauer. Die meinen wir arbeiten ununterbrochen und es stinke überall."

Un paysan: "Beaucoup de citadins ont une fausse image des paysans. Ils pensent que nous travaillons sans cesse et que ça sent mauvais partout."

Pour éviter que cette concurrence ne se développe davantage, les institutions veillent à ce que la famille d'origine ait une distance suffisante avec la famille d'accueil. Ainsi la famille d'origine doit s'annoncer quand elle vient en visite et les deux familles ne se tutoient pas. Toutes les plaintes qui peuvent être adressées à l'autre famille passent par le thérapeute qui endosse un rôle de médiation.

Les paysans disent qu'au début ils pensaient que la famille d'origine était coupable de la situation de l'utilisateur. Avec l'expérience et grâce aux enseignements ABL, ils ont compris que la famille d'origine a un lourd fardeau à porter et développent leurs compétences empathiques.

Eine Bäuerin: "Ich habe unserem Klienten erklärt, dass Eltern nicht einfach nur gut genug sind für Dusche und Kühlschrank."

Une paysanne: "J'ai expliqué à notre usager que les parents ne sont pas là que pour fournir une douche et un réfrigérateur."

Discussion

Le renouvellement ou l'approfondissement des contacts avec la famille d'origine est une mesure très efficace pour l'intégration sociale de l'usager. Elle lui permet de renforcer un contact fiable pour plus tard, lorsque la thérapie sera achevée. L'élaboration de ce lien est liée à un travail thérapeutique qui peut aider l'usager à affronter les "causes de sa dépendance" qui se retrouvent, selon les personnes interrogées, souvent dans l'enfance. La mise en œuvre de cette mesure n'est pourtant pas très efficace, car le fait que l'usager soit intégré dans une autre famille rend la relation entre l'usager et sa propre famille plus difficile.

D'un point de vue systémique, la concurrence entre les deux familles est intrinsèquement liée à la situation de prise en charge dans une autre famille⁶⁹. La famille d'origine a fait son possible pour que son enfant (l'usager) sorte de sa situation de dépendance. Son échec fait qu'elle reporte davantage la responsabilité sur son enfant. Le fait que l'enfant se porte mieux au sein de la famille d'accueil peut renforcer le sentiment d'échec et de culpabilité de la famille d'origine. La famille d'accueil, de son côté, n'a que peu de contact avec les familles dont un membre a des problèmes de dépendance. Elle ne sait que très peu sur le vécu des parents de l'usager. Elle n'est donc pas en mesure de comprendre la situation de la famille d'origine.

Cette difficulté inhérente à la systémique des acteurs est renforcée par le manque d'attention que les institutions portent à l'intégration des usagers. Le principe, selon lequel les institutions maintiennent la plus grande distance possible entre les deux familles, montre qu'elles ont conscience des difficultés inhérentes au système. Nous pensons que ces mesures devraient être développées davantage, afin que les deux familles aient plus conscience des difficultés liées à cette situation. Les thérapeutes devraient insister auprès des familles d'origine qu'il n'y a pas de "meilleure famille" mais des "familles différentes". Un positionnement plus clair de l'usager au sein de la famille d'accueil, ainsi qu'une distanciation entre cette dernière et l'usager aideraient la famille d'origine à accepter ces propos. Les familles d'accueil qui sont plus conscientes de la place qu'elles prennent dans la constellation famille d'accueil, famille d'origine, usager et qui ont une meilleure connaissance du vécu de la famille d'origine, développent une attitude appropriée envers la famille d'origine. Cette compréhension nous semble essentielle pour le développement du lien entre l'usager et sa famille. Nous proposons donc d'approfondir les formations ou séances thérapeutiques qui permettent aux familles d'accueil de réfléchir et de modifier leur attitude envers la famille d'origine.

5.4.1.3 Créer et entretenir des contacts avec des non-consommateurs

La création du lien avec des non-consommateurs se fait à côté des contacts avec la famille d'accueil, la famille d'origine et le réseau thérapeutique dans le village et à travers des loisirs en groupe. Ce lien se fait également à travers un emploi à l'extérieur de la ferme, comme nous l'avons discuté au chapitre 5.3.

Les paysans disent qu'avec le temps, leur entourage s'habitue au fait qu'ils accueillent des usagers. Ils s'expliquent l'attitude réticente de leur entourage à l'origine par la peur du "toxico dangereux", par la jalousie et par la peur que la fonction première de l'agriculture soit mise en danger. Ce constat est souligné par Fügen qui montre qu'avec le temps l'entourage de la famille d'accueil change son attitude négative par rapport à la prise en charge en attitude plutôt positive⁷⁰.

⁶⁹ Cette approche est beaucoup utilisée par les institutions. Elle est bien développée dans Osterhold, G., Molter, H. (Ed) (1992)

⁷⁰ Fügen montre ensuite que la majorité des fermes qui offrent une prise en charge est consciente de sa fonction sociale, mais se positionne d'avantage comme une exploitation agricole que comme un prestataire de services sociaux. Fügen, D. (2001) p. 122 et 132

Eine Bäuerin: "Die Einwohner wissen, wenn einer ein Bisschen längere Haare trägt, ist er bestimmt von uns... Wenn mein Mann und ich alleine unterwegs sind, fragen sie schon nach, ob wir niemanden hätten."

Une paysanne: "Les habitants savent que si quelqu'un a les cheveux un peu plus longs, c'est certainement quelqu'un de chez nous... Si mon mari et moi sommes de sortie seuls, les gens nous demandent souvent si nous n'accueillons personne dans notre ferme en ce moment."

Les usagers se sentent bien intégrés dans l'entourage de la famille d'accueil. Selon les paysans, c'est principalement par leur participation à la vie locale que les usagers s'intègrent dans le village. Selon les thérapeutes, cette participation ne se fait pas souvent. On remarque qu'il n'y a que peu d'usagers qui s'impliquent dans un loisir de groupe, en général. Les thérapeutes disent que les usagers ont souvent peur de créer de nouveaux contacts et qu'ils ne connaissent pas leurs centres d'intérêt. Malgré ces difficultés, les usagers ont conscience de l'importance de savoir occuper leur temps libre.

Ein Klient: "Wenn ich draussen selbständig leben möchte, muss ich mit meiner freien Zeit etwas anzufangen wissen, ansonsten ist die Gefahr eines Rückfalles immens."

Un usager: "Si je veux vivre d'une manière autonome après la thérapie, je dois savoir m'occuper pendant les temps de congé, sinon le danger d'une rechute est immense."

Un usager interrogé montre l'importance d'un passe-temps régulier: il prend des cours d'arts martiaux. Il est fier d'avoir tenu bon jusqu'à aujourd'hui. Au début, il n'était pas facilement accepté par les autres participants. Lorsqu'il a dû s'acheter un tenue spécifique, il n'en avait pas les moyens et c'est le club qui le lui a acheté, moyennant un arrangement pour le paiement. Il était heureux de constater que son implication personnelle (il avait économisé 600 francs) a incité les autres à le soutenir.

Ein Klient: "Ich merkte, es gibt gute Menschen."

Un usager: "Je constate qu'il y a des hommes bons."

Discussion

Le contact avec les non-consommateurs de drogue est une mesure importante pour l'intégration sociale. Le fait que l'usager soit encouragé à s'investir pour créer des contacts à l'extérieur de la ferme et durant son temps libre, nous semble primordial. Un passe-temps en groupe donne la force à l'usager de persévérer, lui permet de connaître son rôle à l'intérieur du groupe et de faire connaissance avec des non-consommateurs, ce qui restaure la confiance envers le genre humain. Comme dans d'autres formes de traitement, les usagers ont beaucoup de difficultés à créer ces liens⁷¹. Ces difficultés sont principalement liées aux problèmes qu'a l'usager à identifier ses propres intérêts.

La mise en œuvre de la mesure "entrer en contact avec d'autres personnes" est satisfaisante dans le sens où les usagers prennent conscience de l'importance de gérer leur temps libre. Ils font donc un vrai travail de transformation identitaire où la consommation perd sa place primordiale. Le processus de déshabitude, décrit au chapitre 2.1.2, est donc amorcé. L'usager ne trouve pourtant peu de contacts dans des cercles non sensibles à sa situation. La mise en œuvre de cette mesure pourrait être améliorée dans le sens où l'usager pourrait être encouragé, voire obligé, de se consacrer à des loisirs en groupe.

⁷¹ Wettach, R. et al. (2000)

5.4.1.4 L'amélioration des compétences relationnelles

Selon les acteurs interrogés, la thérapie met en œuvre des mesures qui permettent à l'usager d'apprendre à vivre dans un groupe différent de ce qu'il a connu au travers de la drogue. Le rôle de l'usager à l'intérieur de la famille d'accueil se définit petit à petit. Avec le soutien des thérapeutes, les usagers l'analysent et transfèrent cette compréhension pour se rendre compte de leur fonctionnement dans d'autres groupes. Une paysanne indique que les usagers acquièrent de nouvelles stratégies pour vivre en groupe: dans la rue, ils devaient mentir et tricher pour recevoir la drogue. À la ferme, ils doivent apprendre à avoir des comportements différents. Un usager dit qu'il lui a dû développer une certaine humilité pour vivre dans une famille et accepter son autorité.

Une paysanne affirme que les raisons du conflit avec l'usager touchent tous les domaines de travail, mais que c'est principalement elle qui évacue les conflits. Elle soupçonne que les tâches faites en sa compagnie relèvent des tâches que l'usager connaît déjà. Les tâches en compagnie du paysan sont de domaines nouveaux. Les conflits qui y surgissent sont moins chargés de souvenirs négatifs pour l'usager et peuvent être réglés avec plus d'objectivité et moins d'émotion. Elle ajoute que souvent les usagers ont vécu plus de relations avec des femmes (mère, amies) et moins de relations avec des hommes (père souvent absent). La figure du paysan et les tâches qu'il accomplit avec l'usager représente donc une situation nouvelle.

Une institution offre des semaines de "Naikal"⁷² qui aident les usagers à réfléchir sur les rapports avec leurs proches. Ces semaines sont très appréciées des usagers. L'un d'eux raconte y avoir reconnu le rôle qu'il joue de manière récurrente dans un groupe:

Ein Klient: "[Bis anhin] log ich mich selbst immer wieder an. Auch in meinen bisherigen Partnerbeziehungen sah ich ein immerwiederkehrendes Verhaltensmuster."
(documentation mise à disposition par une institution)

Un usager: "[Jusqu'à maintenant] je me suis menti à plusieurs reprises. Dans mes relations amoureuses également, j'ai constaté un comportement type répété."
(documentation mise à disposition par une institution)

Les usagers sont encouragés à exprimer leurs désaccords liés au travail ou à la cohabitation. Un usager dit avoir appris à s'exprimer pour modifier les relations insatisfaisantes. L'importance de la capacité à gérer les conflits est aussi montré par Füger, qui souligne que les familles d'accueil estiment que la capacité de gérer un conflit est une des caractéristiques les plus importantes dans la relation à l'usager⁷³.

Discussion

L'apprentissage des comportements habituels de la "société conventionnelle" est une mesure importante de l'intégration sociale de l'usager. Nous avons vu que la mise en œuvre de cette mesure est surtout centrée sur le quotidien relationnel au sein de la famille d'accueil. Cette mise en œuvre est donc efficace le temps de la thérapie. Vu le caractère protégé de ce champ d'apprentissage, il n'est pas sûr que l'usager puisse appliquer ce qu'il a appris, à l'extérieur de la ferme et après la thérapie.

⁷² Un usager explique que Naikal vient du Japon et signifie "regarder vers l'intérieur." Il s'agit donc d'une réflexion sur l'esprit, les comportements, les sentiments et les actions. La philosophie de base indique que le vécu d'aujourd'hui dépend entièrement de notre vie passée. Pendant une semaine Naikal, le participant passe en revue sa vie par tranches de quatre ans en s'interrogeant sur le rôle des personnes clés et sur les relations qu'il a entretenues avec ces dernières pendant ces quatre ans.

⁷³ Füger, D. (2001) p. 127

5.4.2 Conclusion

Comme nous l'avons montré dans le deuxième chapitre, l'intégration sociale est un aspect important pour la sortie de la vie déterminée par la drogue. Par la mise en œuvre des quatre mesures discutées, la PCER représente une thérapie où l'intégration sociale prend une place importante. Nous voyons que l'usager s'intègre bien dans les groupes qui participent à une intégration active, comme la famille d'accueil, la famille d'origine et l'entourage de la famille d'accueil. Il s'agit donc d'un terrain d'essai qui donne la possibilité à l'usager de s'entraîner dans ses relations avec des non-consommateurs. Ce terrain d'apprentissage est plus proche de la réalité que le terrain d'apprentissage offert dans les thérapies résidentielles où l'usager tisse principalement des liens soit avec d'autres usagers, soit avec des thérapeutes.

Comme il a été esquissé (cf. Figure 7), l'intégration *pendant* la thérapie peut toutefois avoir une influence positive sur la vie de l'usager *après* la thérapie. Le fait que les capacités de communication et de gestion de conflit soient présentes et mises en œuvre par les usagers et les paysans est également d'une importance majeure. Car comme nous l'avons souligné, les bonnes capacités de communication de la famille d'accueil font que l'usager a plus de chances de finir la thérapie.

A l'extérieur de la ferme, les gens sont moins enclins à entrer en contact avec l'usager. Par conséquent, ce dernier a beaucoup plus de peine à tisser des relations. Ce manque de contact montre d'abord la réticence de la société par rapport aux ex-consommateurs de drogue et, ensuite, que l'usager ne s'est pas encore approprié les comportements appris en terrain protégé. Ainsi, nous pensons que les usagers ne sont pas bien intégrés *après* la thérapie. Car à la peur de l'usager d'entrer en contact et d'entretenir des liens avec d'autres personnes s'ajoute qu'une grande partie des liens qu'il a tissés *pendant* la thérapie sont interrompus. Normalement, il n'y a plus de suivi par le thérapeute. En principe, l'usager peut continuer à entretenir des relations avec la famille d'accueil, mais les souvenirs désagréables de la période de la fin de thérapie représentent souvent une coupure absolue. La nouvelle distance géographique oblige l'usager à se désengager des activités du village.

Ainsi, nous observons un manque de continuum dans les liens communautaires de l'usager, durant la transition entre sa vie *pendant* la thérapie et sa vie *après* celle-ci. Pour que cette transition soit moins abrupte, nous proposons de rendre le lien entre la famille d'accueil et l'usager plus "professionnel". La famille d'accueil aurait donc plus d'outils pour respecter une certaine distance, tout en créant des liens chaleureux avec l'usager. Des séances de supervision ou d'échanges entre familles d'accueil pourraient être proposées dans le but d'acquérir ces outils. Par "professionnalisation du lien", nous n'entendons pas que les paysans doivent devenir de nouveaux assistants sociaux. Contrairement à l'idée lancée au début de ce travail, les paysans n'ont pas les moyens de prendre cette place et leur statut de "laïcs" est à garder à tout prix, vu ses implications bienfaites sur les usagers.

Finalement nous avons montré que, bien que la PCER soit un cadre plus proche de la "vie réelle" que le cadre d'une thérapie résidentielle, elle était tout de même un cadre protégé et donc différent de la vie à l'extérieur de la ferme. Nous proposons d'assouplir davantage le départ de l'usager du dispositif en mettant en œuvre une phase de transition adaptée aux besoins de chaque usager.

5.5 Transformation identitaire

5.5.1 Finalités et mesures

Les acteurs interrogés aspirent à ce que l'utilisateur renforce son lien identitaire. Les paysans insistent davantage sur le fait que l'utilisateur modifie sa perception pour qu'il puisse envisager sa vie de manière positive et y trouver un sens. Les thérapeutes aspirent, quant à eux, à ce que l'utilisateur améliore sa propre estime.

Pour atteindre ce changement identitaire, deux mesures sont mises en œuvre. Il s'agit de mesures qui donnent à l'utilisateur la possibilité de réfléchir sur sa propre personnalité et de mesures qui permettent à l'utilisateur de renforcer son estime de soi et de trouver un sens à la vie abstinente.

5.5.2 Impacts

5.5.2.1 Réflexions sur sa personnalité

Les usagers indiquent que la thérapie fournit une bonne occasion pour découvrir sa propre personnalité. Ils sont dans un cadre calme, bien structuré, sans pression professionnelle et où ils peuvent prendre le temps nécessaire à la réflexion. Ils apprécient également le travail avec les animaux.

Ein Klient: "Die Kühe sind ein bisschen wie die Menschen. Einige sind etwas starrköpfig. Man muss einfach wissen, wie sie zu nehmen sind, dann geht das schon."

Un usager: "Les vaches se comportent un peu comme les être humains. Quelques unes sont têtues. Il faut juste savoir comment les prendre et tout va bien."

Les paysans disent que les usagers se découvrent surtout à travers des moments d'émotion comme la mort ou la naissance d'un animal, ou en vivant au rythme de la nature.

Ein Klient: "Durch den Kontakt mit der Natur habe ich wieder ein Gefühl für meinen Körper erlangen können. Ich spreche hier von einer Erdung, da ich buchstäblich den Boden unter den Füßen verloren hatte."

Un usager: "Au travers du contact avec la nature, j'ai retrouvé une conscience de mon corps. Je parle d'ancrage, car auparavant le sol se dérobaient sous mes pieds."

Quelques paysans insistent sur la difficulté de travailler avec des usagers qui ne veulent pas se rendre compte de leurs problèmes. La majorité des usagers sont suivis par un psychologue. Un usager dit apprécier que le cadre de travail lui permette de faire cette thérapie importante pour lui. En général, les usagers se sentent bien soutenus par les thérapeutes. L'un d'eux indique qu'au début il était difficile de supporter l'espace entre chaque séance de thérapie. Les paysans disent que les conversations personnelles avec les usagers se développent le mieux pendant le travail.

Eine Bäuerin: "...besser als sich so vis-à-vis zu sitzen und nicht zu wissen, was man mit den Händen machen soll."

Une paysanne: "...cela vaut mieux que d'être assis l'un en face de l'autre et de ne pas savoir quoi faire avec ses mains."

Discussion

Les mesures qui permettent à l'utilisateur de réfléchir sur sa personnalité sont très efficaces. Ainsi le cadre calme et sécurisant de la ferme s'accompagne du temps nécessaire à la réflexion. Comme nous l'avons déjà montré au chapitre 5.4, le cadre réel de l'entourage de la ferme est très satisfaisant pour les usagers. Ils apprécient également d'être accompagnés en permanence par des "non-thérapeutes" avec lesquels ils peuvent discuter quand ils en ressentent le besoin.

La mise en œuvre concrète de ces mesures est également très efficace. Ainsi, l'utilisateur peut rencontrer son psychologue ou son thérapeute pendant les heures de travail. Le travail est riche en situations émotionnelles déterminantes. Cependant, nous proposons qu'au début de la thérapie, le suivi par des spécialistes (thérapeute, psychologue) soit assumé de manière plus flexible, afin que l'utilisateur puisse être accompagné plus intensivement dans cette période de changement provoquant, comme il a été montré au chapitre 2.1, des sortes de chocs culturels.

5.5.2.2 Renforcement de la confiance en soi et en la vie

Les acteurs interrogés sont tous d'accord sur le fait que le travail à la ferme est très favorable au développement de l'estime de soi. Le travail fourni par l'utilisateur est souvent indispensable, son résultat est visible et les paysans lui sont reconnaissants. Comme nous l'avons dit au chapitre 5.4.1.3, la consommation de drogue perd sa place prioritaire dans l'intérêt de l'utilisateur. Elle est remplacée par les efforts pour trouver un passe-temps approprié, par exemple. La vie et le travail à la ferme offrent encore d'autres possibilités pour changer la perception de la vie.

Une paysanne indique ainsi que les usagers vivent souvent des situations qui amènent un sens nouveau dans leur vie. Un usager dit avoir eu un moment de révélation, lors d'une promenade avec le chien. Ainsi, il a rencontré sa spiritualité qui, à partir de ce moment-là, lui a permis de voir que la vie peut être belle.

Ein Therapeut: "...ich finde gut, dass es ein Bauernhof ist... weil es Tiere gibt und weil es um Leben und Tod geht. So macht es den Klienten unheimlichen Eindruck,... wenn sie zu den unterschiedlichsten Tageszeiten, mitkommen müssen zum kalbern. In diesen Momenten werden die Klienten wirklich gebraucht, was sie selbst als sehr positive Wertschätzung erfahren."

Un thérapeute: "...je trouve bien que ce soit une ferme... parce qu'il y a des animaux et parce qu'il est question de vie et de mort. Ainsi cela impressionne énormément les usagers, quand ils doivent accompagner les paysans à n'importe quelle heure lorsqu'une vache vêle. Dans ces moments, les usagers sont utiles au travail de la ferme. En effet ce travail est ressenti comme une activité valorisante."

Petit à petit, les usagers prennent également des responsabilités au travail, surtout dans la prise en charge des animaux.

Eine Bäuerin: "Viele Klienten nehmen es sehr genau, wenn sie ein Kalb tränken müssen. Dann sind sie die Betreuer."

Une paysanne: "Quand ils doivent donner à boire à un veau, beaucoup d'usagers prennent cela très au sérieux. C'est le moment où eux-mêmes prennent en charge un autre être vivant."

Les usagers prennent confiance en leurs capacités, lorsqu'ils se rendent compte que la famille d'accueil est satisfaite de leur travail et de la cohabitation. Un usager est fier que la famille paysanne lui fasse confiance, quand elle laisse traîner le porte-monnaie dans la cuisine ou en laissant les clés sur le contact. D'autres paysans et spécialistes indiquent qu'ils ne feraient jamais cela, car cela représenterait une tentation malsaine pour l'usager, ainsi que des conséquences néfastes pour la famille. Une paysanne dit qu'elle rappelle aux usagers qu'ils valent beaucoup et qu'ils ont le droit de s'aimer.

Eine Bäuerin: "Wir versuchen den Klienten unsere Lebensphilosophie mitzugeben, indem wir sie einfach leben: Jeden so sein lassen wie er ist, nicht immer an ihm herumdrücken und sich bewusst sein, dass man sich selber gern haben darf. Es ist wichtig einem Klienten aufzuzeigen: 'Du bist auch jemand, auch wenn du vielleicht weniger kannst oder das Gefühl hast, versagt zu haben.' "

Une paysanne: "Nous essayons de transmettre notre philosophie de vie à l'usager en la vivant simplement: respecter chacun tel qu'il est, essayer de ne pas le critiquer tout le temps et lui permettre également de se rendre compte qu'on a le droit de s'aimer soi-même. Il est important de montrer à l'usager: 'Tu es aussi quelqu'un, même si tu n'as pas les mêmes capacités et même si tu as l'impression d'avoir échoué.' "

Un usager exprime la modification de sa perception entre la honte d'être toxicomane et la fierté de faire face à une expérience difficile que représente la thérapie. Un autre usager ajoute avoir appris à se sentir libre, malgré toutes les contraintes de la vie quotidienne.

Discussion

Le renforcement de l'estime de soi est une mesure importante dans la construction identitaire. Sa mise en œuvre à la ferme est très efficace. Les usagers prennent conscience de leurs compétences et de leurs ressources. Leur attitude au travail est valorisée par la famille d'accueil. Cela provoque en effet un renforcement de l'estime de soi. Les mesures liées au travail sont très satisfaisantes, parce qu'il s'agit d'un véritable travail avec un résultat visible et utile. Comme nous l'avons montré au chapitre 2.2.3, il s'agit d'un aspect majeur de la distinction entre la PCER et les thérapies résidentielles. L'efficacité de ces mesures va dans le sens de Messerli, qui démontre que la PCER satisfait mieux que des thérapies résidentielles les besoins fondamentaux, tels que le besoin d'être unique, d'être autonome, d'être reconnu et le besoin de participation sociale⁷⁴.

Les mesures qui visent à soutenir l'usager dans sa quête du sens de sa vie sans drogue sont très appropriées. Le travail avec les animaux et avec la nature touche à la naissance et à la mort. Les usagers disent vivre des situations essentielles. Ces dernières fournissent des réponses au manque de sens et aux questions existentielles qui étaient, selon les usagers, une des raisons qui les ont entraînés dans la consommation de drogue. Le sentiment que la vie fait sens est, selon les variables identifiées par d'autres recherches (cf. Figure 7), une des caractéristiques principales pour mener une vie sans consommer *après* la thérapie.

⁷⁴ Messerli, M., (2003) pp. 10-18

5.5.3 Conclusion

Le changement identitaire, visé par tous les acteurs de la prise en charge, est vécu de manière différente par les usagers. En général, il se fait grâce à une prise de conscience de leur situation. Les paysans insistent davantage sur cette prise de conscience, car ils se sentent dépassés par la prise en charge des usagers qui ne font pas ce cheminement. Cela nous montre l'importance de la clarification des motivations avant le placement des usagers, ainsi que l'importance d'un suivi approfondi avec un thérapeute.

Pendant la thérapie, les usagers font une transformation identitaire. Il est pourtant difficile à dire dans quelle mesure ce changement est lié au contexte calme et protecteur de la ferme et de quelle manière le changement identitaire se développera *après* la thérapie. De toute manière, le calme et les émotions provoquées par certaines situations que l'utilisateur éprouve à la ferme restent, dans aux yeux de tous les acteurs, une expérience profonde *après* la thérapie également. En outre, l'amélioration de l'estime de soi et de la capacité de voir un sens à sa vie ont, selon les recherches citées plus haut, une influence significative sur le fait que l'utilisateur arrive à mener une vie sans drogue *après* la thérapie.

6 Conclusion

Dans le présent travail, nous avons d'abord montré que la consommation de drogue a toujours été envisagée sous des angles de vue différents et qu'elle est devenue un problème sociétal. La vision retenue dans ce travail se base sur une vision mixte qui définit la toxicomanie comme le résultat de l'interaction entre l'individu, ses proches, la société et la drogue. Nous avons ensuite développé les réponses apportées en Suisse pour résoudre ce problème sociétal. La prise en charge dans l'espace rural est une de ces réponses. Par l'analyse des propos des personnes actives dans la PCER, nous avons évalué les mesures mises en œuvre dans ce dispositif. Pour conclure ce travail, il nous reste maintenant à porter un jugement sur l'efficacité de ce dispositif basé sur l'analyse effectuée, ainsi que de répondre à la question initiale à savoir si la PCER est un dispositif qui doit être renforcé, maintenu ou abandonné.

Le dispositif de la PCER est d'abord une thérapie prometteuse, car elle prend en compte le problème de la toxicomanie dans sa globalité. Elle soutient l'usager dans l'amélioration de son lien social, ainsi que dans le changement du lien qu'il entretient avec la drogue. La recomposition de son lien social est envisagée à travers l'intégration sociale et professionnelle, ainsi qu'à travers une transformation identitaire. En outre, le dispositif vise une diminution de la consommation de drogue. La globalité du dispositif va encore plus loin, car l'intégration d'une personne toxicomane dans l'espace rural provoque chez la population locale un changement de perception par rapport au produit, aux personnes qui le consomment et par rapport aux proches des personnes toxicomanes. Il s'agit donc d'un véritable processus d'apprentissage collectif.

La PCER est ensuite innovatrice, car elle choisit une autre approche que les thérapies établies. Elle se distingue principalement des thérapies résidentielles par son axe sur le travail et par le fait que l'usager vit avec des personnes "normales" (non-thérapeutes et non-consommateurs). La PCER est ainsi davantage centrée sur une approche sociothérapeutique et expérimentale. L'usager développe sa personnalité en éprouvant la vie quotidienne à la ferme, alors que les traitements résidentiels sont principalement centrés sur une approche où l'usager développe sa personnalité grâce aux séances thérapeutiques. Comme tout un chacun, les personnes toxicomanes ont leur histoire et leur personnalité propres. Nous pensons ainsi que les différents types de traitement sont efficaces pour des types d'usagers différents. La PCER représente donc un élargissement précieux de l'offre thérapeutique en Suisse.

Nous soutenons que la philosophie de la PCER est une réponse pertinente pour affronter la problématique des consommateurs de drogue. L'efficacité des mesures mises en œuvre, qui se voit principalement dans les impacts *pendant* et *après* la thérapie, doit, par contre, être nuancée.

Globalement, il a été démontré que toutes les mesures liées au travail à la ferme étaient mises en œuvre de manière efficace et avaient des impacts satisfaisants sur les usagers. Le travail à la ferme permet ainsi à l'usager d'avoir un rythme de journée régulier et de découvrir ses ressources et de combler ses déficits. A travers le travail effectué et la valorisation qui en découle, l'usager peut améliorer l'estime de soi et retrouver un sens à sa vie. Le statut de travailleur à la ferme lui fait ressentir qu'il est d'abord une personne à part entière et que sa carrière de personne toxicomane n'en représente qu'une partie. Le travail dans la nature en lien avec des animaux influence de manière favorable sa santé mentale et physique. Le cadre du travail et le calme de la ferme favorisent ainsi une transformation identitaire.

La mise en œuvre des mesures liées à l'intégration sociale et à la réduction de la consommation de drogue *pendant* la thérapie, par contre, montre plusieurs carences. L'intégration parmi des personnes sensibilisées à la problématique de l'usager est un terrain d'apprentissage et de respect réciproques, qui soutient l'usager également dans sa transformation identitaire. L'intégration sociale au sein de la famille d'accueil se passe souvent de manière trop fusionnelle, ce qui a des impacts négatifs sur l'usager et la famille d'accueil. C'est seulement avec l'expérience que la famille d'accueil apprend à instaurer un rapport de distanciation avec l'usager. Nous observons donc une lacune dans la préparation et la supervision des familles d'accueil. En ce qui concerne l'intégration au sein de la famille d'origine, nous avons mis en évidence un manque de sensibilisation des deux familles par rapport aux difficultés inhérentes à la prise en charge dans une autre famille. De nouveau, c'est l'usager qui souffre le plus des tensions entre les deux familles.

Par rapport aux mesures qui visent directement la diminution de la consommation de drogue, nous voyons qu'elles sont efficaces dans le sens qu'elles soutiennent l'usager par plusieurs approches, comme l'évitement du produit et du milieu de la drogue, le développement de comportements alternatifs et l'affrontement des causes de la dépendance. La mise en œuvre de ces stratégies laisse entrevoir des défauts, surtout dans le manque de suivi par les thérapeutes. Les usagers diminuent, en général, leur consommation de drogue, mais n'arrivent pas à une abstinence totale et remplacent souvent une drogue par une autre.

De manière générale, nous observons un manque de continuum dans la prise en charge. Cette lacune s'observe surtout dans des phases de transition qui sont souvent mal vécues par les usagers. Nous avons ainsi montré que la sélection des usagers par les institutions se caractérisait par un manque de rigueur. La vie dans l'espace rural est vécue comme un "choc culturel" par quelques usagers au début de la thérapie, un suivi thérapeutique plus intensif et plus flexible serait souhaitable. L'usager n'est pas assez suivi non plus lors des premiers séjours en ville, proches des points de vente de drogue. Le moment du départ de la ferme représente une rupture trop radicale pour les usagers. Un suivi post-thérapeutique fait cruellement défaut.

Par rapport aux impacts de ces mesures *après* la thérapie, nous observons d'abord un manque de données de la part des institutions. Notre travail ne permet pas d'évaluer l'état de réintégration *après* la thérapie de manière absolue. L'analyse des énoncés de nos interlocuteurs et les mesures, qui dans d'autres formes thérapeutiques ont été analysées par rapport à leur capacité à soutenir l'usager dans une vie autonome *après* la thérapie, nous permettent pourtant de postuler que le taux d'usagers qui ne consomment plus après la PCER est identique au taux d'usagers qui ne consomment plus après une thérapie résidentielle.

L'intérêt primordial des organes officiels se focalise sur la consommation de drogue *après* la thérapie. C'est l'abstinence qui est essentiellement envisagée. Nous avons montré que cette abstinence ne prenait qu'une place parmi d'autres dans la PCER. Cette vision des finalités thérapeutiques nous semble plus proche de la réalité que les visions des organes officiels. Mais nous sommes d'avis que le manque de données concernant ces demandes officielles représente une grande lacune dans le dispositif. Il nous semble indispensable que, même si l'état de réintégration après la thérapie n'est pas le centre d'intérêt de la part des institutions, elles aient des données de suivi, ne serait-ce que pour dialoguer avec les organes officiels. Cela favoriserait la communication entre les politiques et les praticiens et leur permettraient de mettre sur pied une politique en matière de dépendance plus adéquate.

En nous appuyant sur les arguments présentés ci-dessus, nous sommes d'avis que la PCER ne doit pas être arrêtée, car il s'agit d'un traitement adapté aux besoins d'un certain type d'usagers qui élargit l'offre thérapeutique en Suisse. Par contre, nous pensons que la PCER doit encore être remise en question, car sa mise en œuvre présente quelques défauts. Nous faisons aussi face à un manque d'études évaluatives sur cette thérapie. Nous ne recommandons donc pas non plus de choisir la PCER comme nouveau modèle de thérapie de la dépendance, car nous sommes d'avis qu'elle ne se prête pas à n'importe quel type d'usager ou à n'importe quel type de famille paysanne intéressée à s'investir dans la prise en charge des personnes en difficulté. Nous pensons que la PCER doit continuer dans le cadre restreint qu'elle occupe actuellement et s'efforcer d'améliorer la mise en œuvre de quelques mesures.

Nous recommandons d'abord que la prise en charge s'inscrive davantage dans un continuum. Le dispositif doit être plus souple dans les moments de transition entre les différentes phases thérapeutiques et entre la vie à l'intérieur et à l'extérieur de la ferme. L'usager devrait donc être suivi tout au long de son parcours vers une vie non déterminée par la drogue. Ce processus a des temporalités propres à chaque usager, temporalités qui doivent être respectées davantage par les acteurs du dispositif.

Nous proposons ensuite que les familles d'accueil soient mieux formées et accompagnées par des supervisions externes. Cette formation ne doit pas engendrer la perte de leur statut de personnes non-professionnelles, car il s'agit d'un aspect important de la PCER. Cette formation devrait surtout les préparer davantage à une prise en charge efficace dès le début du processus, ainsi que leur permettre de se protéger contre les risques qu'une telle responsabilité englobe inévitablement. Une telle protection aurait des effets positifs sur l'usager également. Les paysans ne sont pourtant pas, comme nous l'avons laissé entendre dans l'introduction, les assistants sociaux de l'avenir et il n'est pas question qu'ils le deviennent. Car les trois acteurs du premier cercle (usager, thérapeute, famille d'accueil) assument tous des responsabilités différentes et sont ainsi à l'origine de la richesse du dispositif. Le fait que chacun veille à effectuer les tâches propres à sa position et à s'engager dans une bonne collaboration avec des relations transparentes nous semble primordial.

Pour finir, nous souhaitons que davantage de recherches scientifiques se dédient à la PCER. Il serait intéressant d'en savoir plus sur la perception des acteurs de la toxicomanie et sur son impact *pendant* la thérapie, ainsi que d'avoir plus de données sur la trajectoire des usagers *après* leur vécu à la ferme. Nous nous réjouissons d'apprendre davantage sur les limites et les potentialités de la PCER, qui ne représente pas la "thérapie miracle", mais qui est un dispositif pertinent et passionnant.

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide de nombreuses personnes que je tiens à remercier chaleureusement.

Mes remerciements s'adressent d'abord à toutes les personnes qui ont mis leur pratique en mots, et l'ont partagée avec moi.

J'exprime également ma gratitude à Madame la Professeure, Geneviève Corajoud et à Monsieur le Professeur Antonio DaCunha pour le suivi de ce travail.

Je remercie spécialement Line Marquis, Dominique Vernaud, Myriam Pasche et Barbara Wahlen pour les corrections linguistiques et tout particulièrement Florian Fisch pour son soutien indéfectible tout au long de ce travail.

Bibliographie

Exclusion sociale et dépendance

Becker, H.S. (1985) *Outsiders. Métailié, Paris.*

Bergerson, H. (1996) *Soigner la toxicomanie: les dispositifs de soins entre idéologie et action.* L'Harmattan, Paris.

Castel, R. (1995) *La métamorphose de la question sociale: chronique du salariat.* Fayard, Paris.

Cunha, A. et al. (1998) *Pauvreté urbaine: le lien et les lieux.* Réalités sociales. Lausanne.

Cunha, A. et al. (2004) *Analyse comparative des politiques sociales cantonales de lutte contre la précarité et de prévention de l'exclusion: l'efficacité des mesures.* PNR 45: Etat social, Faculté des géosciences et de l'environnement, Université de Lausanne.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (1999) *Berner Drogenpolitik: Drogenpolitik zwischen Hilfe und Strafe, grundsätzliche Überlegungen, Strategien und Perspektiven.*

Dobler-Mikola, A., Grichting, E., Hampson, D. (2000) *Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie: Eine empirische Analyse zu "Therapieerfolg, Ressourcen, Barrieren und Attributionen.* Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 105. Zürich.

Dorsch, F., Häcker, H. (1987) *Psychologisches Wörterbuch.* Huber, Bern.

Goffman, E. (1968) *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux.* Minuit, Paris.

Goffman, E. (1975) *Stigmates: les usages sociaux des handicaps.* Minuit, Paris.

Grönemeyer, A. (1990) *Drogenkarriere und Sozialpolitik: Entwicklungsbedingungen der Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten der Intervention durch stationäre Behandlung.* Vol. 16. Centauris Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler.

Küfner H., Kümmler P., Trunkó S. (2000) *Modellprogramm Betreuung von Drogenabhängigen auf dem Bauernhof.* Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 130. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Lucchini, R. (1985) *Drogue et société: sur la toxicodépendance.* Ed. Universitaires, Fribourg.

MaPaDro (2002) *Monitoring und Beurteilung der Phase 4.* Bern. pp.77-84.

Messerli, M. (2003) *Warum sind die Abbruchquoten der „Therapie von Drogenabhängigen auf dem Bauernhof“ niedriger als die konventioneller stationären Einrichtungen?: Ein Vergleich von Drogentherapieeinrichtungen unter Einbezug der „Biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse“.* Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit VSA 01 / 04 Semesterarbeit 4. Semester.

Messerli, M. (2004) *Suchttherapie in Gastfamilien: Eine Untersuchung der negativen und positiven Auswirkungen des Zusammenlebens adoleszenter Jungendlicher mit Suchtklienten in "Gastfamilien auf dem Bauernhof".* Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit.

- Montoussé, M., Renouard, G. (1997) *100 fiches pour comprendre la sociologie*. Bréal. Cedex.
- Office fédéral de la santé publique (2002) *La politique suisse en matière de drogue*. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004) *Leitfanden QuaTheDA*. Bern.
- Osterhold, G., Molter, H. (Ed) (1992) *Systemische Suchttherapie: Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext*. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Richard, D., Senon, J.-L. (1999) *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Larousse. Paris. pp. 100-140.
- Salem, G. (1987) *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson, Paris.
- Sickingler, R. (1994) *Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit: wer und was geholfen hat drogenfrei zu werden und zu bleiben*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Spinatsch, M (2004) *Une nouvelle politique en matière de dépendance pour la Suisse?, Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendance. Résumé d'un rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique*.
<http://www.m-spinatch.ch/f/publikationen-f.html>, consulté le 1.8.2004.
- Wettach, R., Frei, A., Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A. (2000) *Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige (QUAFOS)*. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 110. Zürich.

Articles journaux, dépliant, lois

- Aeschlimann, S., Budmiger, M. (2003) *Kursinformation vom Kurstag Betreuung vom 3.4.2003*.
- Götti, P. "Abschied statt Jubiläum: Das Drogentherapiezentrum Aebihus schloss mit einem Abschlussfest am Samstags endgültig seine Tore" *Der Bund*, 13.12.2004, p.24.
- "Verdingkinder, Eine siebenteilige Serie" *Berner Zeitung*, 25.9.2004 -16.10.2004.
- SAP (1996) *Ordonnance sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (Ordonnance sur les foyers, OFoy)*.

Agriculture

- Füger, D. (2001) *Analyse der sozialen Funktion der Schweizer Landwirtschaft mit besonderer Berücksichtigung der Betreuungsfunktion im Suchtbereich*. Travail de diplôme à l'école polytechnique fédérale de Zurich (EPFZ), Institut für Agrarwirtschaft (IAW).
- Hainard, F. (1981) *Sociologie de la paysannerie, approche pluraliste de la collectivité paysanne du Val de Travers*. Publication Universitaire européenne, Berne.
- Office Fédéral de l'agriculture (2003) *Rapport agricole 2003*. RDV Berneck, Bern.
- Verfaillie, B. (2001) *Agriculture d'Europe, la voie suisse*. Editions Charles Léopold Mayer, Paris.

Méthodologie

Blanchet A., Gotman, A. (2001) *L'enquête et ses méthodes*. Nathan, Paris.

Bussmann, W., Klöti, U., Knöpfel, P. (1998) *Politiques publiques: évaluation*. Economica, Paris. Chapitres 4 et 5.

Gauthier, B. (1997) *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Presse de l'Université du Québec, Sainte-Foy. pp. 51-83.

Kaufmann, J.-C. (2001) *L'entretien compréhensif*. Editions Nathan, Paris.

Knöpfel, P. (2000) Les paiements directs à la lumière des sciences politiques: une politique publique des plus fragiles. Cahier de l'IDHEAP 190/2000, Chavannes-près-Renens.

Knüsel, R. Notes du cours et du séminaire: *Méthodologie en sciences sociales*. Cours et séminaire 2003/04. Université de Lausanne.

Mériaux, O. Notes de cours: *Recherche évaluative dans le champ du social: théories et méthodes d'évaluation*. Université de Lausanne, 2003/04. Notes prises par Anna Djiliani.

Monnier, E. "L'évaluation pluraliste: un usage nouveau d'outils classiques." In Perret, B. (1990) *Actes du séminaire PLAN-ENA: Outils, Pratiques, Institutions pour évaluer les politiques publiques*. Commissariat Général du Plan, Paris. pp.117-131.

Monnier, E. (1987) *Evaluations de l'action des pouvoirs publics: du projet au bilan*. Ed. Economica, Paris.

Quvy, R., Campenhoudt, L. (1995) *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, Paris.

Sources de données

Conceptions thérapeutiques des institutions

Dreger, B. (1998) *TAB: Therapie auf dem Bauernhof: Konzeption*. Renchen.

Projekt Alp (2002). *Konzept: Aufnahme – Betreuung - Austritt: Suchttherapie und Krisenintervention in Bauernfamilien*. Münsingen.

<http://www.projektalp.ch>, consulté le 7.7.2004

Rust, S., Harskamp, B. (2000) *PRISMA: Suchttherapie in Gastfamilien des Contact Netz*. Bern.

Stiftung Terra Vecchia (2000). *Familienplätze: Dokumentation*. Detligen.

Entretiens

Deux usagers à la ferme

Trois familles d'accueil

Madame S. Rust, Thérapeute chez Prisma, Berne. 3.8.2004

Monsieur A. Dörig, Thérapeute chez Projekt Alp, Münsingen. 9.8.2004

Monsieur A. Marti, Thérapeute chez Terra Vecchia, Berne. 31.8.2004

Madame M. Budmiger-Stirnemann, responsable générale de l'ABL, INFORAMA, Bäregg. 26.11.2003 et 1.06.2004

Monsieur P. Saurer, responsable pédagogique de l'ABL, Berne, 23.6.2004

Monsieur A. Gerber, responsable de l'association ROE, Langnau 25.8.2004

Madame C. Corbella, responsable SAP, Berne. 12.8.2004

Travaux ABL, 2004

Prise en charge des personnes toxicomanes:

Meine Rolle als Bäuerin in der Betreuungsarbeit: Konflikte zwischen Klienten und mir.

Landwirtschaft und Sozialtherapie am Beispiel der Hofgemeinschaft Ratzeneggli.

Hepatitis C.

Nachbetreuung nach einer Drogentherapie.

Betreuungsarbeit in unserer bäuerlichen Familie: Rückblick auf die zweijährigen Betreuung von Klient Oliver.

Biografiearbeit im Zusammenleben und in der Begleitung von ehemals Drogenabhängigen auf dem Bauernhof.

Prise en charge d'autres personnes en difficulté:

Das Spannungsfeld zwischen Integration und Abgrenzung in der Betreuungsarbeit.

Auswirkung der Betreuungsarbeit auf meine Familie.

Betreuung in der Familie: Ein Nachschlagewerk.

Betreuung und unsere Kinder?

Abschied nehmen.

Die Bedeutung der handwerklichen Arbeit in der Betreuung von Jugendlichen.

Beziehungsgestaltung: In der Beziehung die Balance zwischen Nähe und Distanz finden.

Betreuung auf dem Bauernhof: Ein neuer Trend? Was steckt dahinter?

Meine Rolle in unserer Betreuungsarbeit.

Meine Betreuungsarbeit im Spannungsfeld von Qualität - Zeit - Familie.

Zum Thema Betreuungsarbeit mit ABL: Kurs und Betreuungsorganisation.

Liste de figures

Figure 1: La politique fédérale en matière de drogue	13
Figure 2: Approche de la toxicomanie choisie dans ce travail:	15
Figure 3 Carrière type d'une personne toxicomane	16
Figure 4: Les acteurs dans la PCER	26
Figure 5: Organisation de la PCER et flux financier entre les acteurs	31
Figure 6: Les acteurs interviewés.....	38
Figure 7: Variables qui influence l'état de réintégration	43

Liste de tableaux

Tableau 1: Nécessité d'une intervention (point de vue des professionnels).....	84
Tableau 2: Nécessité d'une intervention (point de vue de la population suisse) .	84
Tableau 3: Comparaison des points de vue concernant la nécessité d'action.....	85
Tableau 4: Taux d'abstinence après une thérapie résidentielle	86
Tableau 5: Comparaison de taux d'abstinence.....	86
Tableau 6: Taux d'usager avec intégration professionnelle	86
Tableau 7: Taux d'usager avec une intégration sociale.....	87
Tableau 8: Taux d'usager en contact avec la justice	87

Annexes

Annexe 1: Modification de la loi sur les stupéfiants⁷⁵

Loi sur les stupéfiants. Révision, Actualisation: 16.08.2004

Dans son vote du 14.06.2004, le Conseil national a décidé de ne pas entrer en matière. La révision de la loi sur les stupéfiants n'a donc pas abouti.

La révision de la loi sur les stupéfiants (LStup) porte principalement sur les points suivants: inscription dans la loi de la politique des quatre piliers en matière de drogue, adoption d'une nouvelle réglementation concernant la consommation, la culture et le commerce des produits du cannabis, renforcement du rôle moteur de la Confédération dans la politique en matière de drogue. Elle passe notamment par:

- l'inscription dans la LStup d'un nouvel article axé sur la notion de santé publique;
- l'inscription dans la loi de la politique des quatre piliers en matière de drogue;
- la dépénalisation générale de la consommation de cannabis et de ses actes préparatoires;
- l'inscription dans la loi du traitement prévoyant la prescription d'héroïne;
- le renforcement des mesures de protection des jeunes;
- le renforcement du rôle moteur de la Confédération dans la politique en matière de drogue.

La plupart de ces points n'auront guère d'impact dans la pratique, car ils ne font que refléter l'évolution réelle. Ils contribueront cependant à aider les professionnels dans l'accomplissement de leur travail.

La principale innovation concerne le cannabis: non seulement la dépénalisation générale de la consommation de cannabis et de ses actes préparatoires tient compte des réalités sociales, mais elle facilitera également le travail de la police et de la justice. Parallèlement, la prévention sera renforcée afin d'éviter la banalisation de la consommation de cannabis, et les personnes en charge de la protection des jeunes obtiendront les moyens d'une meilleure prévention, articulée autour du principe "mieux vaut prévenir que punir".

En ce qui concerne la consommation des autres stupéfiants, le Conseil fédéral propose également de remplacer l'obligation de poursuite par un dispositif plus souple.

⁷⁵ <http://www.parlament.ch/f/do-betaeubungsmittelgesetz-in-kuerze>, consulté le 20.02.2005

Annexe 2: Nécessité d'une intervention étatique par rapport aux dépendances, ressentie par les professionnels, la population et du point de vue du programme de la Confédération⁷⁶

		Nécessité d'agir du point de vue des professionnels		
		Acuité du problème		
Nombre d'individus concernés				
	Elevée	Moyenne	Faible	
400'000 - > 1 million		<i>Consommation de tabac</i>	<i>Adiposité</i>	
100'000 – 270'000	<i>Abus d'alcool</i>	<i>Dépendance à l'achat</i> <i>Abus de médicaments</i> <i>Dépendance au travail</i>	<i>Consommation de cannabis</i>	
20'000 – 45'000	<i>Consommation d'héroïne</i>	<i>Dépendance au jeu</i>	<i>Dépendance à l'Internet</i>	
moins de 10'000		<i>Consommation de cocaïne</i> <i>Anorexie</i> <i>Boulimie</i>	<i>Consommation d'ecstasy</i>	

Nécessité d'agir Elevée Moyenne Faible

Tableau 1: Nécessité d'une intervention (point de vue des professionnels)

Opinion de la population sur une sélection de mesures politiques en matière de dépendances	
Approbation	<ul style="list-style-type: none"> Protection de la jeunesse, prévention et thérapie Aide à la survie pour les toxicomanes Prescription médicale d'héroïne Baisse de la valeur limite d'alcoolémie à 0.5 pour mille Interdiction de principe de la publicité pour le tabac Augmentation des prix du tabac
Indécision	<ul style="list-style-type: none"> Dépénalisation de la consommation de cannabis
Refus	<ul style="list-style-type: none"> Tolérance vis-à-vis de la consommation d'héroïne/cocaïne Peines de prison ou d'amende pour tous les consommateurs de stupéfiants Sevrage forcé pour les toxicomanes Davantage d'interdictions de publicité pour l'alcool Augmentations de prix pour les boissons alcoolisées

Tableau 2: Nécessité d'une intervention (point de vue de la population suisse)

⁷⁶ Sources: Spinatsch, M (2004) *Une nouvelle politique en matière de dépendance pour la Suisse? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendance*. Résumé d'un rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique.

<http://www.m-spinatch.ch/f/publikationen-f.html>, consulté le 1.8.2004.

Besoin d'agir sur les dépendances, réglementations légales et programmes de la Confédération				
Forme de dépendance	Besoin professionnel d'intervention	Besoin politique d'intervention	Réglementations légales	Programmes
Consommation de drogues illégales	++	+++	+++	+++
Abus d'alcool	+++	++	++	+
Consommation de tabac	+++	++	+	++
Abus de médicaments	++	+	+	
Dépendance au jeu	++	+	+	
Adiposité	++	+		+
Dépendance à l'achat	++			
Dépendance au travail	++			
Autres formes de dépendance	+			

Tableau 3: Comparaison des points de vue concernant la nécessité d'action

Comparaison entre la nécessité ressentie par des professionnels et par la population, ainsi que par rapport à l'intervention concrète de la Confédération

Selon Spinatsch, une comparaison entre la nécessité d'agir ressentie et l'intervention concrète de la Confédération en matière de dépendance montre que les priorités de la Confédération correspondent aux nécessités d'intervention définies par la politique, mais celles-ci présentent certaines contradictions avec les priorités définies dans les milieux professionnels:

- En tête de liste, on trouve les mesures destinées à endiguer la consommation de drogues illégales, avec des réglementations légales de grand portée (interdiction absolue de production, de commerce et de consommation; base du pilier Répression) et de vastes trains de mesures sur plusieurs années (piliers Prévention, Thérapie, Réduction de risques).
- Au second rang viennent des mesures de lutte contre les abus d'alcool et de réduction de la consommation de tabac. A cet égard, la politique de la Confédération en matière d'alcool repose surtout sur des mesures de régulation de l'offre (restrictions concernant la production et le commerce), alors que pour la politique en matière de tabac, le rapport entre les restrictions légales (restrictions concernant le commerce) et les programmes est plus équilibré.
- Pour toutes les autres formes de dépendances, pour lesquelles, comme pour les drogues illégales, la nécessité d'intervention est moyenne du point de vue des professionnels, les réglementations et les initiatives de la Confédération sont modestes (abus de médicaments, dépendance au jeu, adiposité) ou inexistantes (dépendance à l'achat, dépendance au travail).

Spinatsch montre en outre que, de l'avis des experts, l'incohérence et le manque de crédibilité sont les principaux points faibles de la politique de la Confédération en matière de dépendance. Alors que la production, le commerce et la consommation des produits extrêmement nuisibles pour la santé de la population que sont l'alcool et les tabacs sont autorisées et peuvent faire l'objet de publicité, une prohibition généralisée frappe des drogues moins coûteuses en termes de santé publique. L'affectation des fonds est également disproportionnée: on engage trop de moyens pour combattre (et avant tout réprimer) la consommation de drogues illégales, on en engage trop peu pour venir à bout des problèmes causés par des substances légales. On reproche également à l'Etat de ne rien entreprendre ou presque pour combattre d'autres formes de dépendance nécessitant pourtant, de l'avis des professionnels, une intervention.

Annexe 3: Résumé des résultats des recherches sur l'état de réintégration après une thérapie en institution fermée

	Abstinence	Consommation de temps en temps	Consommation quotidienne
Dobler-Mikola et al. (1998): catamnèse de 1 an	37%	35%	28%
Uchtenhagen et Zimmer (1985): catamnèse de 2 ans	35%	65%	
Sickinge et Kindemann (1992): catamnèse de 4 ans	27%	78%	
Grönemeyer (1990): catamnèse de 13 ans	22%	46%	33%

Tableau 4: Taux d'abstinence après une thérapie résidentielle, catamnèse entre 1 et 13 ans

	Abstinence aux drogues illégales	Abstinence aux drogues dures
TAB: Kűfner H. et al. (2000): catamnèse de 6 mois	43%	57%
Etablissements de thérapie résidentielle en Allemagne cité In Kűfner H. et al. (2000) catamnèse de 6 mois	22,7%	28,2%

Tableau 5: Comparaison de taux d'abstinence

Taux d'abstinence après une prise en charge à la ferme en Allemagne, comparé au taux d'abstinence après une thérapie résidentielle en Allemagne, catamnèse 6 mois

	Intégration (usagers qui sont en formation ou qui travaillent)	Pas d'intégration (sans formation, sans travail)
Dobler-Mikola et al. (1998): catamnèse de 1 an	57%	23%
Herbst (1992): catamnèse de 3 à 5 ans	49%	
Raschke et Rometsch (1987): catamnèse de 1 à 13 ans		33%
Grönemeyer (1990): catamnèse de 13 ans	34%	

Tableau 6: Taux d'usager avec intégration professionnelle, catamnèse entre 1 et 13 ans

	Réseau social (hors drogue) élaboré	Réseau social (hors drogue) moyennement élaboré	Désintégration dans le milieu de drogue
Dobler-Mikola et al. (1998): catamnèse de 1 an	33%	45%	50%
Grönemeyer (1990): catamnèse de 13 ans	22%	46%	68%

Tableau 7: Taux d'usager avec une intégration sociale dans un cercle de non-consommateur de drogue et désintégration dans le cercle de consommation de drogue, catamnèse de 1 et 13 ans.

	Pas de contacts avec la jurisprudence	Contacts avec de la jurisprudence
Dobler-Mikola et al. (1998): catamnèse de 1 an	48%	52%
Herbst (1992): catamnèse de 3 à 5 ans	49%	38%
Raschke et Rometsch (1987): catamnèse de 1 à 13 ans		33%

Tableau 8: Taux d'usager en contact avec la justice, catamnèse entre 1 et 13 ans.

Annexe 4: Motion déposée au Conseil national demandant une recherche historique sur la question des enfants placés de force⁷⁷

Motion. Enfants placés de force. Examen historique

Déposé par: Baumann Ruedi

Date de dépôt: 18.06.2003

Déposé au: Conseil national

Etat actuel: Liquidé

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'entreprendre enfin une recherche historique approfondie sur la question des enfants placés de force. DéveloppementLa prévoyance sociale étant essentiellement du ressort des cantons et des communes, la Suisse ne dispose pas d'une étude nationale sur la manière dont la société bourgeoise a répondu à certaines questions sociales au 20e siècle. Le sort inhumain des enfants placés de force fait partie des chapitres les plus sombres de notre politique sociale, dont nous ne connaissons que des bribes à travers le témoignage de quelques victimes. Une étude approfondie s'impose de toute urgence, avant que les derniers témoins disparaissent, car elle serait un premier pas vers la réparation de l'injustice faite à de nombreux habitants de notre pays.

Prise de position du Conseil fédéral 26.09.2003

La problématique des enfants placés de force doit être vue sous l'angle général de la politique sociale; celle-ci est essentiellement de la compétence des cantons et des communes.

En 2000, le Conseil fédéral a confié au Fonds national suisse de la recherche scientifique la tâche de mener le programme de recherche 51 (PNR 51); sous le titre "Intégration et exclusion", ce programme national de recherche doté d'un crédit-cadre de 12 millions de francs a également pour objet la politique sociale. Considérant que les travaux de recherche du PNR 51 commenceront dès le deuxième semestre 2003 et que les résultats seront disponibles dans trois ans, le Conseil fédéral estime qu'il serait prématuré aujourd'hui de juger de la nécessité d'une étude historique financée par la Confédération dans ce domaine. Le Conseil fédéral souligne son intérêt de principe pour un ré-examen fondé de ce chapitre délicat de l'histoire de la Suisse. C'est pourquoi il encourage les historiens et les chercheurs à aborder ce thème et renvoie aux possibilités d'encouragement, notamment à celles qu'offre le Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Déclaration du Conseil fédéral 26.09.2003

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Chronologie: 09.12.2003

L'intervention est classée, l'auteur ayant quitté le conseil. (Bulletin officiel - les procès-verbaux Compétence: Département de l'intérieur (DFI))

⁷⁷ http://www.parlament.ch/afs/data/f/gesch/2003/f_gesch_20033316.htm, consulté le 20.03.2005

Annexe 5: Conception de la formation ABL⁷⁸

Ausgangslage

Die Strukturveränderungen in der Landwirtschaft stellen die Bauernfamilien vor neue und grosse Herausforderungen. Verschiedene Bauernbetriebe sind aufgefordert nach kreativen Möglichkeiten zu suchen, um die Existenz ihres Betriebes langfristig zu sichern.

Das Leben und Arbeiten in einer Grossfamilie hat auf vielen landwirtschaftlichen Betrieben Tradition. Auf Anfrage von sozialpädagogischen Institutionen oder anderen Stellen der Sozialen Arbeit entschieden sich in den letzten Jahren Bauernfamilien, ihre Familien zu öffnen und für eine gewisse Zeit verschiedensten Personen einen Wohnplatz und ev. angemessene Beschäftigung zu bieten. So erhalten z.B. Kinder und Jugendliche die Möglichkeit für eine beschränkte Zeit aus ihrem Milieu hervorzutreten. Betagte und behinderte Menschen finden ein neues Zuhause, oder ehemals suchtabhängige oder straffällige Menschen lernen, sich wieder in einen Lebens- bzw. Arbeitsrhythmus einzugliedern. Dieses Angebot wird nicht nur von den Betroffenen selbst geschätzt; Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit, Therapie sowie Beratung anerkennen die Betreuungsleistungen der Bauernfamilien als wertvolle Ergänzung zu den herkömmlichen stationären oder teilstationären Angeboten.

Die Arbeit als Betreuungsanbieter/in ist sehr anspruchsvoll und verlangt von allen Beteiligten eine hohe Bereitschaft sich auf Neues, Unbekanntes und vielleicht auch Unverständliches einzulassen. Die ganze Hofgemeinschaft muss sich damit auseinandersetzen, wenn einer fremden Person über eine gewisse Zeit im eigenen Haus ein Platz angeboten wird. Neben der eigentlichen Betreuungsarbeit bedeutet dies auch, in enger Zusammenarbeit mit einer professionellen Platzierungsstelle, einem Sozialdienst, einem Jugendgericht oder einer sozialpädagogischen bzw. therapeutischen Einrichtung die eigene Betreuungsarbeit regelmässig zu reflektieren, zu überprüfen und anzupassen.

Die Ausbildung „Betreuung im ländlichen Raum“ (kurz: ABL) bietet den Interessierten in einem speziell für diese Aufgabe konzipierten 40-tägigen Kurs Grundlagen für die Betreuungsarbeit.

Ausbildungsziel

Die KursabsolventInnen können Menschen mit besonderen Bedürfnissen in der eigenen Familie unter Anleitung einer professionellen Platzierungsstelle fach- und situationsgerechte Betreuung, Begleitung und Unterstützung anbieten.

Zielgruppe

Der berufsbegleitende Kurs wendet sich an Frauen und Männer mit unterschiedlichen Berufsausbildungen, welche in ihrem Familien- und Arbeitsalltag im ländlichen Raum Betreuungsleistungen anbieten bzw. anbieten wollen.

Ausbildungsinhalte

Der Aufbau der Ausbildungsinhalte orientiert sich am möglichen Ablauf eines Betreuungs-Prozesses: der Kurs beginnt mit der Auftrags- und Rollenklärung und endet mit der Gestaltung des Abschiedes. Dazwischen werden exemplarisch und praxisnah die einzelnen Themenbereiche der Betreuungsarbeit mit Hilfe ausgewählter (system-)theoretischer Grundlagen u.a. aus den Bereichen der Sozial- und Heilpädagogik, Psychologie und Soziologie bearbeitet.

⁷⁸ Aeschlimann, S., Budmiger, M. (2003)

Die Ausbildung ist in drei Blöcke unterteilt:

Erster Kursblock (15 Kurstage: Februar 04 – Oktober 04)

Lernziele: Rolle und Auftragsklärung

- Möglichkeiten und Grenzen der Betreuungsarbeit und der eigenen Rolle als Betreuerin, Betreuer kennen
- Eigene Motivation und Ressourcen kennen und reflektieren
- Merkpunkte der Auftragsklärung kennen und anwenden
- Betreuungsarbeit in der Familien und bäuerlichem Betrieb vernetzen
- Rechtliche und finanzielle Grundlagen der Betreuungsarbeit kennen

Lernziele: Aufenthaltsplanung und –gestaltung:

- Betreuungsaufenthalt planen und gestalten

Lernziele: Grundformen der Kommunikation und Wahrnehmung

- Grundbegriffe der Kommunikation, der Wahrnehmungspsychologie und Soziologie kennen und mit eigenen Erfahrungen (Biographie, Familiensituation, Persönlichkeit) verknüpfen

Lernziele: Pädagogische Grundannahmen

- Ausgewählte Aspekte der Entwicklungspsychologie und Pädagogik kennen

Zweiter Kursblock (17 Kurstage: November 04 – Juni 05)

Lernziele: Arbeit mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen

- Exemplarisch die Besonderheiten in der Arbeit mit verschiedenen Klientengruppen (u.a. Menschen mit Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten, Menschen mit Suchtproblemen, betagte Menschen) kennen lernen
- Professionelle Arbeit in zwei ausgewählten stationären sozialpädagogischen Institutionen kennen lernen

Lernziele: Alltagsgestaltung:

- Methoden der Betreuungsarbeit im bäuerlichen Alltag kennen und situationsgerecht anwenden
- Beziehungsgestaltung mit Betreuten reflektieren (Nähe / Distanz, Grenzen usw.)
- Eigene Arbeitstechnik (Zeitmanagement, Planung usw.) optimieren

Lernziele: Vernetzung der Betreuungsarbeit mit dem Umfeld:

- Die zentralen Bausteine des sozialen Systems in der Schweiz (gesetzliche Grundlagen, Zuständigkeiten usw.) kennen
- Angebote der Kontakt- und Beratungsstellen im Überblick kennen
- Zusammenhänge der Betreuungsarbeit im Hilfsnetz (Behörden, Sozialdienst, Beratungsstellen) erkennen und berücksichtigen
- Die Bedeutung der Herkunftsfamilie und des sozialen Netzes der Betreuten erkennen

Dritter Kursblock (8 Kurstage: August 05 – Dezember 05)

Lernziele: Umgang mit schwierigen Situationen:

- Methoden des Konflikt- und Stressmanagements kennen und umsetzen
- Lösungs- und ressourcenorientierte Gesprächsführung

Lernziel: Abschluss einer Betreuungsarbeit

- Verschiedene Phasen und Formen der Abschiedsgestaltung kennen und anwenden
- Aspekte der Qualitätssicherung kennen und in der eigenen Betreuungsarbeit anwenden

Lernziel: Vertiefung und Integration der Kursinhalte in die aktuelle Praxis

- Vermittelte Kursinhalte in die Betreuungspraxis integrieren und darstellen (u.a. Abschlussarbeit)

Annexe 6: Grille d'entretien à l'exemple d'un entretien avec une institution

Dank

Einführung in Lizarbeit

Anonymat und Genehmigung um das Gespräch aufnehmen zu können

1. Einleitung: Vorstellung der Organisation

Wie ist die Organisation organisiert? Wie wird ihre Betreuungsarbeit finanziert?

Auf welche Weise sind Sie als Mitarbeiter auf die Betreuung drogenabhängiger Menschen und Gastfamilien vorbereitet? Was erwarten Sie von ihren Mitarbeitern?

Wie evaluieren Sie Ihre Arbeit?

Inwiefern gliedert sich Organisation in das Hilfesystem ein?

2. Definition Drogenabhängigkeit

Wie definieren Sie Drogensucht, Abhängigkeit, Abstinenz?

Was möchten die Klienten die sich bei Ihnen melden verändern?

3. Betreuung im ländlichen Raum

Bezüglich auf die Definition von „Drogenabhängigkeit“, was sind die Ziele der Organisation?

Wie definieren Sie Erfolge und Misserfolge in der Betreuung?

Inwiefern gibt es einen typischen Therapieverlauf, und Nachtherapieverlauf?

Ich hörte immer wieder, dass Therapie die Bereitschaft der Klienten fördere, Verantwortung abzugeben. Wie stehen Sie dazu?

4. Zusammenarbeit verschiedener Akteure

Wie beurteilen Sie deren jeweilige Stärken und Schwächen?

Was erwarten, wünschen Sie vom jeweiligen Akteur?

Was denken Sie, erwartet der jeweilige Akteur von der Organisation?

Inwiefern könnte die Zusammenarbeit ausgebaut werden?

Das Zusammentreffen verschiedener Personen, verursacht oft Konflikte. Inwiefern erleben sie diese unter den Akteuren?

a. Klient

Welche Kriterien erlauben es einem Klienten, bei Ihrer Organisation dabei zu sein?

Inwiefern gibt es typische Veränderungen die ein Klient bei der Zeit in der Therapie?

b. Gastfamilie

Wie lautet der Auftrag an die Gastfamilie? (Vertraglich geregelt?)

Inwiefern gibt es Grundkriterien, die eine Familie erfüllen muss um bei ihrer Organisation mitzuarbeiten?

Inwiefern übernimmt der Klient in der Gastfamilie eine bestimmte Rolle?

c. Herkunftsfamilie

Inwiefern arbeiten Sie mit der Herkunftsfamilie des Klienten?

d. Zuweisende Stelle, Sozialpolitik, Hilfesystem

Wie definieren Sie Ihren Auftrag von der Zuweisenden Stelle?

Inwiefern ist ein Konkurrenzdruck unter den Organisationen spürbar?

Wenn Sie Bundesrat wären, was würden Sie in der (Sozial-) Politik ändern?

5. Zum Abschluss

Alles was Ihnen noch wichtig erscheint, was ich vergessen habe.

Könnten Sie mir helfen, Klienten zu finden, die gerne an meiner Umfrage teilnehmen würden?

Annexe 7: Demande écrite pour faire des entretiens

Lausanne 6.7.2004

Umfrage für meine Lizentiatsarbeit über die Betreuung im ländlichen Raum

Sehr geehrter Herr XXX

Mein Studium in Sozialwissenschaften an der Uni Lausanne schliesse ich zur Zeit mit einem Lizentiat über die Betreuung im ländlichen Raum von ehemals drogenabhängigen Menschen ab. Dabei arbeite ich eng mit Marlies Budmiger von der landwirtschaftlichen Beratungsstelle INFORAMA Emmental zusammen.

Es ist mir wichtig, die Erfahrungen von in der Betreuung im ländlichen Raum engagierten Akteuren einzubringen. Die Arbeit der betreuenden Organisation stellt darin einen zentralen Teil dar. Gerne würde ich mehr über Ihre Arbeit, Ihre Erfahrungen und Ihre Meinung wissen und bitte Sie deshalb um ein Interview. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an meiner Umfrage, die in Form eines maximal einstündigen Gespräches erfolgt, im August teilnehmen könnten.

Ich bin mir bewusst, dass Sie stark ausgelastet sind, und danke Ihnen im Voraus bestens, wenn Sie etwas Zeit für meine Umfrage zur Verfügung stellen können.

Ich werde Sie nächste Woche telefonisch kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Silvia Ursprung

Annexe 8: Correspondance avec l'ISF

Lettre à l'ISF:

Frauen

A. Dobler-Mikola, E. Grichting, D. Hampson
 Institut für Suchtforschung
 Konradstr. 32, Postfach
 8031 Zürich

Lausanne, den 29. Oktober 2004

Daten für meine Lizenzatsarbeit vom Forschungsbericht Nr. 105: Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie, 2000.

Sehr geehrte Frau Dobler-Mikola, Frau Grichting und Frau Hampson

Zur Zeit schliesse ich mein Studium in Sozialwissenschaften an der Universität Lausanne ab. In meiner Lizenzatsarbeit evaluiere ich die "Betreuung ehemals Drogenabhängiger in landwirtschaftlichen Gastfamilien".

Dabei interessiere ich mich vor allem für die Auswirkungen dieser Therapie auf die Klienten aber auch auf die Gastfamilien und die Landwirtschaft im allgemeinen. Durch die Analyse qualitativer Interviews mit den Gastfamilien, den zuständigen Einrichtungen und einigen Klienten versuche ich zu verstehen, wie die Beteiligten die Betreuungssituation erleben.

Gerne würde ich aber auch Daten des **Rehabilitationsstatus** und der **Klientenzufriedenheit nach einer Therapie** in Gastfamilie berücksichtigen. Sie haben solche Daten im Forschungsbericht "Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie" erhoben.

Deshalb bitte ich Sie um Daten von nur den Einrichtungen, die in der Familienplatzierung aktiv sind. Dabei werde ich diese Daten als gesamt betrachten. Die Einrichtungen werden also nicht namentlich auseinander gehalten, sondern als eine Gruppe aufgeführt.

Folgende Einrichtungen, die landwirtschaftliche Familienplatzierung anbieten, nehmen an den ISF-Erhebungen teil:

- Projekt Alp, Münsingen
- Prisma, Stiftung Contact, Bern
- Familienplätze Terra Vecchia Bern
- Wohngemeinschaft Zuelucht, Adelboden
- Spektrum, Suchthilfe Region Basel, Basel

(Mit den drei erstgenannten Organisationen habe ich Interviews durchgeführt)

So bitte ich Sie um Daten von diesen Einrichtungen bezüglich:

1. Der Veränderung der sozialen Integration und im Drogengebrauch im Vergleich zur Zeit vor dem Therapieeintritt (Forschungsbericht Nr. 105, Kapitel 5.4)
2. Subjektive Attribuierung von "Erfolg" und "Misserfolg" sowie Therapiebeurteilung (Forschungsbericht Nr. 105, Kapitel 5.5)
3. Merkmale beim Therapieeintritt (Forschungsbericht Nr. 105, Kapitel 5.1)

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Hilfe und Grüsse Sie freundlich.

Silvia Ursprung
 Betreuender Professor

Dr. Antonio DaCunha,

Réponse de l'ISF:

Sehr geehrte Frau Ursprung

Besten Dank für Ihre Anfrage betreffend Daten aus dem Forschungsbericht Nr. 105. Es freut uns natürlich, wenn Berichte und Arbeiten auf Interesse und Rezeption stossen.

Ich habe Ihr Anliegen geprüft und dabei Folgendes festgestellt: Von den fünf von Ihnen aufgeführten Einrichtungen hat nur eine Institution (Prisma) an der damaligen Nachbefragung mitgemacht, und von dieser Institution sind nur zwei Klienten befragt worden (die FOS-Nachbefragungen sind ein Projekt, an dem sich nur ein Teil der stationären Einrichtungen beteiligt, insbesondere grössere Einrichtungen, zumal die Institutionen in der Regel auch die Kosten selber tragen).

Die übrigen genannten Einrichtungen beteilig(t)en sich entweder an der FOS-Klientendokumentation (Eintritts- und Austrittsbefragung) oder einer Klientenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung (QuaTheSi). Die spezielle Berücksichtigung von Nachbefragungsdaten der genannten Einrichtungen aus der obengenannten Studie ist somit natürlich unmöglich.

Ich habe noch überprüft, wie es für die Nachbefragung in den Jahren 1998 und 1999 aussieht, in denen zumindest ein Teil der Daten sehr ähnlich wie in der betreffenden Studie erhoben wurde. Leider sind auch in diesen Jahren nur zwei der fünf genannten Institutionen an der NB beteiligt gewesen (Prisma, Familienplätze Terra Vecchia). Insgesamt liegen für die Jahre 1998 und 1999 von diesen beiden Institutionen lediglich 11 Nachbefragungsinterviews vor, was einer äusserst kleinen Stichprobengrösse entspricht.

Es tut mir Leid, dass unsere Datenbasis für Ihr Vorhaben nicht besser geeignet ist. Ich muss auch noch erwähnen, dass wir keine Daten ohne das schriftliche Einverständnis der betroffenen Institutionen an Dritte weiterleiten können. Zudem sind wir, so bedauerlich das ist, bei Datenlieferungen in der Regel auf eine Kostenbeteiligung für unseren Aufwand angewiesen, da wir ein privates Forschungsinstitut sind.

Für Rückfragen oder weitere Auskünfte stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.
Mit besten Grüssen

Esther Grichting

--

Esther Grichting
lic. phil. I, dipl. Sozialarbeiterin
Institut für Suchtforschung
Konradstrasse 32
Postfach
8031 Zürich