

Les prestations de « postcure » dans le domaine des addictions en Suisse : état des lieux dans la pratique

Jean Clot, GREA

Facia Marta Gamez, Fachverband Sucht

Isabella Palomba, Ticino Addiction

Lausanne, le 28 novembre 2023

Sur mandat de l'OFSP (Contrat no. 142005489 / 321.4-7/12)

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	2
Remerciements	3
Résumé	4
Zusammenfassung	10
Riassunto	16
1. Situation initiale	22
2. Objectifs du mandat	24
3. Méthodologie	25
4. Résultats	30
4.1 Résultats de l'enquête par questionnaire	30
4.1.1 Dimensions générales	30
4.1.2 Setting de la postcure	31
4.1.3 Mesures pendant la postcure	33
4.1.4 Place de la postcure dans le parcours de soin	33
4.1.5 Caractéristiques de la postcure	34
4.1.6 Différences régionales	38
4.2 Résultats de la recherche qualitative	39
4.2.1 Terminologie et interprétation	39
4.2.2 Critiques et confusions possibles	43
4.2.3 Représentations de la postcure et points de convergence	55
4.3 Triangulation des données recueillies et analysées	63
4.3.1 Diversité des settings	63
4.3.2 Rôles de la postcure	63
4.3.3 Caractéristiques de la postcure : discussions	66
5. Conclusion et Recommandations	72
Bibliographie	78

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement les professionnel·le·s et bénéficiaires qui ont bien voulu prendre le temps de participer à cette recherche et sans lesquel·le·s ce travail n'aurait pu être réalisé.

Nos remerciements vont également à Simona De Berardinis (cheffe de la Stratégie Nationale Addictions de l'OFSP), Jann Schumacher (collaborateur à la Section Prévention dans le domaine des soins de l'OFSP) et Marc Wittwer (ancien collaborateur à la Section Bases scientifiques de l'OFSP), qui nous ont accompagné tout au long de ce mandat.

Citation suggérée : Clot J., Marta Gamez F., Palomba I. (2023). Les prestations de « postcure » dans le domaine des addictions en Suisse : état des lieux dans la pratique. Lausanne : GREA, Fachverband Sucht, Ticino Addiction.

RÉSUMÉ

Introduction et objectifs

Sur la base d'une recherche documentaire sur le concept de « postcure » effectuée en 2022, Addiction Suisse, en collaboration avec le Fachverband Sucht, le GREA et Ticino Addiction, a proposé la définition suivante :

« Sur la base de la littérature scientifique, la postcure s'adresse à toutes les personnes qui, après une phase de traitement plus intensive (sevrage/désintoxication), se trouvent dans un état stabilisé d'abstinence ou de consommation contrôlée. Elle comprend toutes les mesures et activités qui visent à accompagner ces personnes dans la poursuite de leur parcours de consolidation physiologique, psychique et sociale caractérisé par une plus grande autonomie. Dans ce contexte, les mesures psychosociales prennent le pas. La postcure se déroule principalement dans un cadre ambulatoire. Le recours au suivi des parcours (case management) permet d'assurer le lien entre la postcure et des offres de soins adjacentes »¹.

Les organisations susmentionnées ont ensuite été mandatées par l'Office fédéral de la santé publique afin d'examiner ce concept au regard des pratiques des professionnel-le-s de terrain en Suisse dans une perspective critique. Les objectifs étaient les suivants :

- Identifier les convergences et divergences entre les apports théoriques et les pratiques professionnelles.
- Proposer des pistes de réflexion et d'amélioration sur la base des similitudes et différences identifiées.

Méthodologie

- **Un premier volet de la recherche a consisté en une enquête par questionnaire** effectuée dans les trois langues à l'échelle nationale. Elle visait à

¹ Krizic Ivo (2022): La post-cure dans le domaine des addictions: analyse de la littérature et développement d'un concept pour la Suisse (Fiche d'information). Lausanne. [Link](#)

effectuer au préalable un tour d'horizon concernant la définition de la posture auprès des professionnel-le-s suisses. L'analyse a ensuite porté sur 133 questionnaires.

- **Un second volet qualitatif a été développé afin d'approfondir les premiers résultats obtenus.** Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnel-le-s (7 dans la partie alémanique, 7 dans la partie francophone et 4 au Tessin). En complément, 2 focus groups avec des personnes concernées ont été organisés en Romandie et au Tessin, et des entretiens (4) ont été effectués en Suisse allemande auprès de ce même public cible.
- **Un troisième volet a consisté à catégoriser, trianguler et analyser l'ensemble des données recueillies,** afin d'identifier les points de convergence et de divergence par rapport aux dimensions théoriques.

Résultats

D'après les résultats de l'analyse, la posture s'articule autour de plusieurs grandes orientations qui sont liées et interdépendantes : de manière générale, elle vise à favoriser l'**autonomie des personnes**, en les accompagnant dans divers aspects de la réinsertion, allant de la santé à l'emploi en passant par le soutien administratif, la formation, le logement et l'intégration sociale. Cet accompagnement vers l'autonomie passe par **renforcement ou maintien des acquis** – soit des connaissances, compétences et aptitudes qui ont été préalablement apprises ou travaillées (p.ex. dans le cadre d'un séjour résidentiel) – et **la création d'un environnement social** propice à ces accomplissements.

Même si à l'échelle nationale le principal setting est le secteur ambulatoire, les résultats montrent que **la posture peut avoir lieu dans une diversité de contextes institutionnels**, tels que le milieu hospitalier, socio-éducatif (par exemple en clinique de jour, en centre de jour ou dans des lieux qui hébergent des groupes de parole) ou encore en résidentiel ou semi-résidentiel, voire sous forme de téléconsultation. En outre, l'« aller-vers » prend également une place de plus en plus importante dans les postures avec des visites à domicile.

En ce qui concerne les caractéristiques de la posture, les professionnel-le-s de toutes les régions linguistiques s'accordent à dire que l'**individualisation des prestations**

ainsi que la flexibilité de leur mise en œuvre jouent un rôle important. Les besoins des bénéficiaires sont prioritaires dans les offres de postcure et supposent donc une certaine souplesse de la part des institutions et des professionnel-le-s, car les besoins et les progrès des personnes sont individuels et peuvent évoluer au fil du temps.

La plupart des spécialistes coïncident sur le fait que **le travail de mise en réseau et de coordination** avec des institutions, aussi bien du domaine des addictions que du réseau sociosanitaire élargi (services sociaux, assurances sociales, hôpitaux psychiatriques, entre autres), constitue l'une des conditions les plus importantes en vue de favoriser une approche axée sur les besoins. En effet, c'est en connaissant l'éventail des prestations au niveau régional qu'il est possible de proposer à la personne concernée une offre qui soit sur mesure et en adéquation avec ses besoins dans une situation donnée.

Cette mise en réseau, et plus largement le bon déroulé, ainsi que la réussite d'une postcure, reposent sur plusieurs dimensions. En premier lieu, l'adhésion de la personne à la démarche est primordiale. Même s'il peut y avoir de nombreuses variations d'une situation ou d'une problématique d'une personne à une autre, d'une institution à une autre, ou encore d'une région à une autre, la plupart des professionnel-le-s estiment que la **participation à un projet de postcure sur une base libre et volontaire** est un facteur de réussite.

En outre, grâce à une relation basée sur la confiance, le dialogue et l'écoute, les résultats de la postcure se voient grandement améliorés, car ce n'est qu'ainsi que les bénéficiaires se sentent libres d'exprimer leurs besoins et sont prêt-e-s à demander du soutien. En d'autres termes, **le travail relationnel constitue une caractéristique incontournable des offres de postcure.**

Au-delà de ces aspects, les résultats mettent en évidence une critique par rapport à la conception même de la postcure. **La notion renvoie à une vision trop séquencée, linéaire et chronologique de l'accompagnement addictologique** dans un parcours de soin : celui-ci est composé de différentes phases ou étapes qui garantissent le succès de la démarche, à l'instar d'une marche à suivre. Force est de constater que la terminologie, que cela soit en français, en allemand ou en italien, participe au modelage de ce type de représentations au sens où elle introduit l'idée

d' « étapes » à travers les préfixes « post- » dans les langues latines, et la préposition « nach » en allemand.

En Suisse romande, au Tessin, et dans une certaine mesure en Suisse alémanique, **la terminologie ne fait pas l'unanimité**. Les professionnel·le·s ont en effet émis certaines critiques par rapport au terme de « postcure » pour plusieurs raisons. D'une part il réduit la cure à une « phase intensive (sevrage/désintoxication) » effectuée en milieu clinique, soit à une étape très ponctuelle de prise en charge médicale au terme de laquelle la personne serait « stabilisée », voire « soignée ». Pour de nombreux participant·e·s à l'enquête, la cure ne peut pas être apparentée uniquement au sevrage qui ne représente en général qu'une partie infime de l'accompagnement addictologique, mais renvoie à une multitude d'offres sociothérapeutiques, psychosociales et médicales.

En effet, du point de vue des personnes interviewées, l'accompagnement des problématiques d'addiction ne suit pas une séquence temporelle prédéfinie, mais constitue plutôt un engagement continu qui peut durer des années. À cet égard, l'un des thèmes centraux qui ressort des entretiens est le **concept de continuité** : les professionnel·le·s interrogé·e·s soulignent que le processus de prise en charge des addictions nécessite un accompagnement constant et à long terme pour éviter des ruptures qui sont souvent synonymes de péjoration des problèmes. À ce titre, une situation paradoxale est parfois relevée : **les modèles de financement en vue d'obtenir des prestations du champ des addictions sont fragmentés** (AI, services sociaux et curatelles, assurances maladie, etc.), et de ce fait, constituent précisément une source de discontinuités dans les parcours.

Si l'on se centre à présent sur des dimensions de la postcure au sujet desquelles les perspectives sont plus variées, on trouve les questions relatives à l'approche psychosociale qui caractériserait la postcure. Même si ce type d'approche prédomine, on ne peut toutefois pas cantonner la postcure à un volet exclusivement psychosocial. Les résultats mettent en évidence plusieurs cas de figure où l'accompagnement médical s'avère essentiel et complémentaire, notamment dans le cas de traitement de substitution, de visites hépatologiques, ou encore lors de suivis psychiatriques pour les bénéficiaires présentant un double diagnostic. En outre, les équipes de certaines institutions sont pluridisciplinaires et disposent de

compétences médicales. Dans cette optique, **la dichotomie « approche psychosociale versus médico-thérapeutique » devrait être dépassée**. En effet, la posture ne devrait pas concerner exclusivement un domaine de compétence spécifique, qu'il soit médical, psychologique ou social, mais devrait plutôt représenter une imbrication synergique de ces trois dimensions.

Une autre dimension qui suscite des avis mitigés, et parfois des réserves, est celle de l'intensité moindre de la posture. Beaucoup de professionnel·le·s font remarquer qu'elle dépend du cadre dans lequel la posture a lieu : les offres de posture dans le cadre ambulatoire présentent par exemple une intensité plus faible – mesurée en heures d'accompagnement des bénéficiaires et en comparaison des offres de posture qui s'effectuent dans le cadre semi-résidentiel où les bénéficiaires habitent ou travaillent. Selon les professionnel·le·s, **l'intensité ne devrait pas être mesurée uniquement en fonction de nombres d'heures** que les professionnel·le·s passent avec les bénéficiaires (front office), car cela ne prend pas en considération la charge de travail pour la coordination avec d'autres prestataires du réseau sociosanitaire, ainsi que la gestion de la transition entre les offres précédentes et la posture (back office). Il est donc recommandé de mieux clarifier la notion d'intensité.

Enfin, par rapport à l'état stabilisé de la personne, soit d'abstinence ou de consommation contrôlée, il est également difficile de tirer une conclusion définitive et absolue. La stabilisation, telle qu'elle apparaît dans la définition, suggère une stabilisation essentiellement d'ordre physiologique, ou tout du moins étroitement liée à la consommation de produit. Elle renvoie à la phase initiale de stabilisation des symptômes de sevrage, tels que les troubles du sommeil, l'anxiété ou encore l'agitation. Or, la stabilisation est une évolution qui peut être perçue sous différents angles, médical certes, mais également psychologique, ou même socioprofessionnel, et selon différentes temporalités. C'est précisément pour ces raisons qu'un certain nombre de critiques sont émises à l'encontre de cette notion. **La stabilisation gagnerait à être perçue comme un processus qui doit être appréhendé dans sa continuité**, sans qu'il y ait forcément une phase, soit celle de « l'abstinence ou de la consommation contrôlée » qui précéderait une autre étape.

Pistes de réflexion et discussion

Les résultats de l'enquête montrent qu'il ne suffit pas seulement de reconceptualiser la postcure, mais suggèrent qu'il conviendrait de repenser la notion même de parcours de soin dans les addictions. La question de la chronicité et de la durée de ces derniers n'est pas suffisamment prise en compte dans le concept théorique, alors que bien des parcours s'étendent sur une longue durée avec certaines phases d'accompagnement plus intensives que d'autres. Ainsi, dans la littérature anglophone, on a tendance à privilégier la notion de continuing care (soins continus) qui met davantage l'accent sur la continuité plutôt que sur l'agencement d'étapes spécifiques.

En effet, l'objectif de cet accompagnement continu est de soutenir les personnes dans la suite de leur parcours de consolidation somatique, psychique et sociale, en visant l'autonomie, ainsi que le renforcement et maintien des connaissances et compétences préalablement acquises. En outre, un travail est également effectué en vue d'améliorer les interactions entre la personne et son environnement, et de poursuivre le processus de réinsertion sociale. Dans ce contexte, les professionnel·le·s des domaines médical, social et psychologique interagissent et se coordonnent pour offrir à la personne concernée un accompagnement qui répond à ses besoins à 360°.

Cette notion de continuité doit également se retrouver dans la terminologie. Ainsi, il convient de se demander si le terme « postcure » - en particulier en français et en italien - est toujours d'actualité. La notion de « soins continus » ou d'« accompagnement continu » pourrait être privilégiée, les « soins » englobant davantage de dimensions dans sa signification, soit les aspects social, médical, psychologique, ou encore l'idée de bien-être qui fait écho au modèle du rétablissement. Même si les réserves en Suisse alémanique sont moins marquées en ce qui concerne la terminologie, il semble judicieux de choisir un terme qui soit plus significatif dans les trois régions linguistiques et qui englobe la même chose. Ainsi, le terme « fortführende Begleitung » s'imposerait comme équivalent allemand. En italien, le terme serait « continuità delle cure », considérant le terme cura en tant que parcours d'accompagnement intégral ou holistique de la personne et pas uniquement comme une pratique clinique du traitement de l'addiction.

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung und Ziele

Im Rahmen einer Literaturanalyse² hat Sucht Schweiz 2022 in Partnerschaft mit dem Fachverband Sucht, dem GREA und Ticino Addiction eine wissenschaftlich fundierte Definition der Nachsorge ausgearbeitet:

«Gemäss wissenschaftlichen Definitionen richten sich Angebote der Nachsorge an alle Personen, die sich nach einer intensiveren Behandlungsphase – zum Beispiel einem Entzug oder einer Entwöhnung – in einem stabilisierten Suchtzustand befinden. Nachsorge umfasst alle Massnahmen und Aktivitäten, die darauf abzielen, solche Personen auf ihrem weiteren Weg der biologischen, psychischen und sozialen Festigung zu begleiten und ihnen zu grösserer Eigenständigkeit zu verhelfen. Psychosoziale Massnahmen rücken dabei in den Vordergrund. Die Massnahmen geschehen vorwiegend ambulant. Durch Fallbegleitung (z.B. case management) wird eine lückenlose Anbindung zwischen der Nachsorge und den umliegenden Settings im Behandlungspfad garantiert.»

Die oben erwähnten Organisationen wurden als Folgeschritt vom Bundesamt für Gesundheit damit beauftragt, die Definition der Nachsorge mit den Erfahrungen aus der Praxis abzugleichen und kritisch zu prüfen. Bei diesem Vorhaben standen folgende Ziele im Vordergrund:

- Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen dem theoretischen Konzept und der Praxis identifizieren und
- mögliche Pisten zur Überarbeitung des theoretischen Konzepts aufzeigen.

Methodik

- In der ersten Phase wurde eine **quantitative Umfrage bei Sucht-Fachpersonen** in der Schweiz durchgeführt. Ziel war es, erste Rückmeldungen

² [Krizic, I. \(2022\). Nachsorge im Suchtbereich – Literaturanalyse und Konzepterarbeitung für die Schweiz \(Forschungsbericht Nr. 138\). Lausanne: Sucht Schweiz](#)

- zum theoretischen Konzept der Nachsorge und den aus der Literatur abgeleiteten Merkmalen zu erhalten. Analysiert wurden 133 Rückmeldungen.
- In der zweiten Phase wurden die Erkenntnisse aus der ersten Phase mittels **qualitativen Interviews** vertieft. Dafür wurden Interviews mit Sucht-Fachpersonen (sieben in der Deutschschweiz, sieben in der Westschweiz, vier im Tessin) geführt. Ergänzend dazu wurde je eine Fokusgruppe mit Betroffenen in der Westschweiz und im Tessin organisiert. In der Deutschschweiz wurden vier Interviews mit derselben Zielgruppe geführt.
 - Um das Konzept der Nachsorge aus Praxissicht zu validieren und einer kritischen Würdigung zu unterziehen, wurde in der dritten Phase eine **Triangulation und Synthese** der Ergebnisse der ersten beiden Phasen gemacht.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass die Nachsorge folgende Hauptziele verfolgt: Nachsorge-Angebote zielen darauf ab, die **Autonomie der betroffenen Personen zu fördern** und sie beim Wiedereinstieg in verschiedene Bereiche der Gesellschaft zu begleiten. Dabei bieten Fachpersonen unter anderem Unterstützung bei administrativen Belangen, bei der Wohnungssuche, der Ausbildung, der sozialen Integration und bei der Arbeitsintegration. Die Begleitung der betroffenen Personen hin zur Selbstständigkeit erfolgt durch die **Stärkung oder Aufrechterhaltung der Kenntnisse und Fähigkeiten**, die zuvor (z.B. im Rahmen eines stationären Aufenthalts) angeeignet wurden und durch **die Stärkung des sozialen Umfelds**.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Nachsorge oft im ambulanten Setting stattfindet. Allerdings verdeutlicht die Analyse auch die Vielfältigkeit der Nachsorge-Angebote und die **Vielzahl der institutionellen Kontexte**, in denen Nachsorge vorzufinden ist – von Spitälern, Institutionen im sozialpädagogischen Bereich (Tageskliniken, Tageszentren, Orte, an denen Gesprächsgruppen untergebracht sind) über den stationären oder teilstationären Bereich bis hin zum virtuellen Raum mit Online-Angeboten. Auch die Bedeutung der aufsuchenden Arbeit nimmt bei Nachsorge-Angeboten zu.

In Bezug auf die Merkmale der Nachsorge wie sie aus der Literatur abgeleitet wurden, sind sich die Befragten aus allen Sprachregionen einig, dass **Individualität**

und Flexibilität eine wichtige Rolle spielen. Die Bedürfnisse der direktbetroffenen Personen stehen bei Nachsorge-Angeboten an erster Stelle. Da die Bedürfnisse und der Behandlungsverlauf individuell sind, gibt es kein standardisiertes Angebot. Es braucht eine gewisse Flexibilität seitens der Institutionen und Fachpersonen, um eine bedürfnisorientierte Nachsorge anzubieten zu können.

Eine wichtige Voraussetzung für den bedürfnisorientierten Ansatz sehen die Befragten in der guten **Vernetzung und Koordination** mit anderen Institutionen sowohl aus dem Suchtbereich wie auch aus dem erweiterten sozialmedizinischen Netz (u.a. Sozialdienste, Sozialversicherungen, psychiatrische Kliniken). Denn je besser das regionale Angebotsspektrum den Fachpersonen bekannt ist, desto individueller kann die Unterstützung im Rahmen der Nachsorge ausgestaltet werden.

Die gute Vernetzung, der reibungslose Ablauf sowie der Erfolg einer Nachsorge beruhen auf verschiedenen Aspekten. Gemäss den Gesprächen mit den Fachpersonen gehört dazu einerseits die **freiwillige Teilnahme** der betroffenen Personen an Nachsorge-Angeboten. Sie hat einen positiven Einfluss auf die Motivation und auf die Erfolgsaussichten des Angebots.

Andererseits zeigen die Ergebnisse, dass die **Beziehungsarbeit ein weiterer wichtiger Aspekt für den bedürfnisorientierten Ansatz der Nachsorge** ist. Eine gute Beziehung und die dadurch geschaffene Vertrauensbasis zur Fachperson macht es für die Klient:innen einfacher, ihre Bedürfnisse zu äussern und Unterstützung einzuholen.

Aus der Analyse gehen auch verschiedene Kritikpunkte am Konzept der Nachsorge hervor. So wurde kritisiert, dass der Begriff «Nachsorge» ein **sequenzielles, lineares und chronologisches Verständnis eines Behandlungspfades** voraussetzt, in dem es auf dem Weg zum Erfolg verschiedene Etappen zu durchlaufen gilt. Das Wort «Nachsorge» im Deutschen wie auch im Französischen («postcure») und Italienischen («postcura») unterstreicht dieses Verständnis der aufeinander folgenden Etappen durch das Präfix «nach» bzw. «post» im Französischen und Italienischen.

Zudem wurde auch die **Terminologie «Nachsorge» bzw. «postcure» und «postcura» im Französischen und Italienischen bemängelt**. Dies mit der Begründung, dass das Wort «cure» (im Deutschen «Kur») besonders im Französischen zu stark auf eine intensive und punktuelle Phase im klinischen Kontext (z.B. Entzug) fokussiere, in der eine Person stabilisiert oder sogar geheilt werde. Zwar spielt diese intensive Behandlungsphase bei der Begleitung von Menschen mit einer Abhängigkeit eine wichtige Rolle. Sie deckt allerdings nur einen Teil des gesamten Behandlungspfades ab. Von genauso grosser Bedeutung ist die sozialtherapeutische und psychosoziale Begleitung. Diese Art der Begleitung kommt mit dem Wort «cure» bzw. «cura» nicht genügend zur Geltung.

Aus Sicht der Fachpersonen folgt die Begleitung von Menschen mit einer Suchterkrankung keiner genauen zeitlichen Abfolge, sondern entspricht vielmehr einer kontinuierlichen Begleitung, die Jahre oder sogar ein ganzes Leben andauern kann. Eines der zentralen Themen, das sich aus den Interviews ergab, ist das **Konzept der Kontinuität**: Die Befragten betonten, dass die Suchtbehandlung eine konstante und langfristige Begleitung erfordert. Unterbrechungen sind dabei zu vermeiden, da diese häufig mit einem verschlechterten Zustand der betroffenen Personen enden. In diesem Zusammenhang weisen einige Fachpersonen auf eine widersprüchliche Situation hin, die sie oft in der Praxis antreffen: Die **Finanzierungsmodelle für Angebote im Suchtbereich sind stark fragmentiert** (IV, Sozialdienste, Beistandschaften, Krankenversicherungen usw.) und stellen somit eine Herausforderung für die Sicherstellung der Kontinuität im Behandlungsverlauf dar.

Zu sehr unterschiedlichen Reaktionen führte das Merkmal der psychosozialen Massnahmen. Auch wenn die Analyse zeigt, dass diese Art von Massnahmen bei der Nachsorge im Vordergrund stehen, äusserten die Befragten diesbezüglich Kritik. Denn in der Praxis spielt die medizinische Begleitung auch während der Nachsorge oftmals noch eine Rolle – sei dies z.B. bei Opioid-Agonisten-Therapien, hepatologischen Besuchen oder auch bei der psychiatrischen Betreuung von Personen mit einer Dualdiagnose. Die enge Verbindung von medizinischen und psychosozialen Massnahmen findet sich auch in den professionellen Teams der Institutionen wieder: Diese sind oft interprofessionell und verfügen nebst Fachpersonen aus dem Sozialbereich auch über Fachpersonen mit medizinischen Fachkenntnissen. Aus diesem Grund **sollte von der Gegenüberstellung der**

medizinischen und psychosozialen Massnahmen abgesehen werden. Wie die Erfahrungen der Befragten zeigen, lässt sich die Nachsorge im Suchtbereich nicht ausschliesslich einem bestimmten Kompetenzbereich – sei es dem medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich – zuschreiben. Vielmehr geht es um eine enge Verzahnung dieser drei Bereiche.

In Bezug auf die Intensität der Nachsorge-Angebote lässt sich keine einheitliche Aussage machen. Wie die Ergebnisse zeigen, ist die Intensität abhängig vom Setting, in dem das Nachsorge-Angebot stattfindet. So weisen ambulante Nachsorge-Angebote beispielsweise eine geringere Intensität – gemessen in Anzahl und Dauer der Sitzungen – im Vergleich zu Angeboten im teilstationären Bereich (z.B. begleitetes Wohnen) auf. Gemäss den Fachpersonen **sollte die Intensität allerdings nicht (nur) anhand der Zeit gemessen werden, die sie mit den direktbetroffenen Personen verbringen.** Dieser Ansatz vernachlässigt den Aufwand für Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten, die wiederum ein wichtiger Bestandteil von Nachsorge-Angeboten sind. Es ist deshalb angezeigt, die Intensität als Merkmal der Nachsorge entsprechend anzupassen.

Schliesslich ist es auch schwierig, in Bezug auf die Stabilität eine klare Schlussfolgerung aus den Befragungsergebnissen zu ziehen. Die Stabilität, wie sie im theoretischen Konzept definiert wird, fokussiert auf die Abstinenz oder den kontrollierten Konsum und somit nur auf eine physiologische Komponente bzw. auf einen Aspekt, der eng mit dem Konsum eines psychoaktiven Produkts zusammenhängt. Die Stabilität kann jedoch nicht nur aus dem medizinischen, sondern auch aus einem psychosozialen Blickwinkel betrachtet werden. Mit dieser Perspektive und basierend auf den Ergebnissen aus den Gesprächen mit den Fachpersonen **sollte die Stabilität als ein Prozess verstanden werden, der sowohl medizinische wie auch psychosoziale Komponenten umfasst.**

Schlussfolgerung und Diskussion

Die Ergebnisse des vorliegenden Projekts deuten darauf hin, dass es nicht ausreichend ist, das theoretische Konzept der Nachsorge neu zu konzipieren. Vielmehr scheint es angebracht, das Verständnis des gesamten Behandlungspfads von Menschen mit einer Suchterkrankung zu überdenken. Der Aspekt der Chronizität und des nicht-linearen Verlaufs einer Suchterkrankung sind im theoretischen Konzept nicht genügend abgebildet. Deshalb wird in der englischsprachigen Literatur vermehrt das Konzept der fortführenden Begleitung («continuing care») verwendet, welches den Schwerpunkt stärker auf die Kontinuität als auf die Anordnung spezifischer Phasen legt.

Das Ziel der fortführenden Begleitung ist es, die Personen auf ihrem weiteren Weg in somatischen, psychischen und sozialen Belangen zu unterstützen und sie in ihrer Autonomie weiter zu stärken. Darüber hinaus wird auch daran gearbeitet, die Interaktion zwischen der betroffenen Person und ihrem Umfeld zu verbessern und die Wiedereingliederung in verschiedene Lebensbereiche fortzusetzen. Damit dies gelingt, interagieren Fachpersonen aus den Bereichen «Medizin», «Soziales» und «Psychologie», um eine bedürfnisorientierte Betreuung sicherzustellen.

Dieser Ansatz der Kontinuität muss sich auch stärker in der Terminologie abbilden. So stellt sich die Frage, inwiefern der Begriff «Nachsorge» – insbesondere im Französischen und Italienischen mit «postcure» und «postcura» – noch zeitgemäss ist. Es liegt nahe, dass im Deutschen der Begriff «fortführende Begleitung» ein möglicher Lösungsansatz bietet, da er soziale, medizinische und psychologische Aspekte umfasst. Auch wenn der Widerstand in der Deutschschweiz in Bezug auf die heutige Terminologie weniger ausgeprägt war, scheint es sinnvoll, einen Begriff zu wählen, der in allen drei Sprachregionen funktioniert, um ein gemeinsames Verständnis zu fördern. Im Französischen scheint der Begriff «soins continus» oder «accompagnement continu» und im Italienischen «continuità delle cure» passend zum Verständnis, dass die Begleitung von Menschen mit einer Abhängigkeit einem integralen oder ganzheitlichen 360°-Personenbetreuungspfad und nicht nur einer klinischen Praxis entspricht.

RIASSUNTO

Introduzione e obiettivi

Sulla base di una ricerca della letteratura sul concetto di *postcura* effettuata nel 2022, Addiction Suisse, in collaborazione con Fachverband Sucht, GREA e Ticino Addiction, ha proposto la seguente definizione:

“In base alle definizioni scientifiche, le offerte di post-cura sono destinate alle persone che, dopo una fase di trattamento più intenso, per esempio la disintossicazione o la disassuefazione, si trovano in uno stato di dipendenza stabilizzato. Comprendono tutte le misure e le attività volte ad accompagnare queste persone nel proseguimento del loro percorso di consolidamento fisiologico, psicologico e sociale e a fare loro acquisire maggiore autonomia. Le misure psicosociali hanno una rilevanza maggiore e sono attuate principalmente in un contesto ambulatoriale. Il ricorso all’accompagnamento (p. es. case management) assicura un collegamento continuo tra la post-cura e i contesti adiacenti nell’ambito del percorso di cura.”³

Le suddette organizzazioni sono state quindi incaricate dall'Ufficio federale della sanità pubblica di esaminare criticamente questo concetto in relazione alle pratiche dei professionisti del settore in Svizzera. Gli obiettivi erano i seguenti :

- identificare le convergenze e le divergenze tra i contributi teorici e le pratiche professionali
- suggerire percorsi di riflessione e miglioramento sulla base delle somiglianze e delle differenze individuate

Metodologia

- **Durante la prima parte della ricerca è stata condotta un’inchiesta nazionale con un questionario** in tre lingue. L'obiettivo era quello di ottenere una prima panoramica della definizione di post-cura tra i professionisti svizzeri. L'analisi si è concentrata sui risultati ottenuti dai 133 questionari.

³ Krizic Ivo (2022): La post-cura nell’ambito delle dipendenze: analisi della letteratura ed elaborazione di concetti per la Svizzera (Scheda informativa). Losanna. [Link](#)

- **Una seconda parte qualitativa è stata sviluppata per approfondire i risultati iniziali.** Sono state condotte delle interviste semi-strutturate con i professionisti del settore (7 nella Svizzera tedesca, 7 nella Svizzera francese e 4 in Ticino). Inoltre, sono stati organizzati 2 *focus groups* con i beneficiari in Svizzera francese e in Ticino mentre nella Svizzera tedesca sono state condotte 4 interviste con lo stesso gruppo *target*.
- **La terza fase ha comportato la categorizzazione, la triangolazione e l'analisi di tutti i dati raccolti,** al fine di individuare i punti di convergenza e divergenza rispetto alle dimensioni teoriche.

Risultati

Secondo i risultati dell'analisi, la post-cura si basa su una serie di approcci interconnessi e interdipendenti: in termini generali, mira a promuovere l'**autonomia delle persone** sostenendole in vari aspetti del loro reinserimento, andando dalla salute all'impiego, passando dal supporto amministrativo, alla formazione, all'alloggio e dall'integrazione sociale. Questo sostegno all'autonomia implica il **rinforzo o il mantenimento di ciò che è stato appreso** - cioè, le conoscenze, le abilità e le attitudini che sono state precedentemente apprese o esercitate (ad esempio nell'ambito di un soggiorno residenziale) - e la **creazione di un ambiente sociale** favorevole a queste realizzazioni.

Sebbene a livello nazionale il contesto principale sia il settore ambulatoriale, i risultati mostrano che **la post-cura può avvenire in una varietà di contesti istituzionali**, come ospedali, contesti socio-educativi (ad esempio cliniche diurne, centri diurni o luoghi che ospitano gruppi di discussione), contesti residenziali o semi-residenziali o anche sotto forma di teleconsulto. Inoltre, la prossimità con i beneficiari assume un ruolo sempre più importante nella post-cura, attraverso delle visite a domicilio.

Per quanto riguarda le caratteristiche della post-cura, i professionisti di tutte le regioni linguistiche concordano sul fatto che **l'individualizzazione delle prestazioni così come la flessibilità con cui vengono attuate** svolgono un ruolo importante. Le esigenze dei beneficiari sono una priorità nell'offerta della post-cura e richiedono quindi un certo grado di flessibilità da parte delle istituzioni e dei

professionisti, poiché le esigenze e i progressi delle persone sono individuali e possono cambiare nel tempo.

La maggior parte degli specialisti concorda sul fatto che il **lavoro di rete e il coordinamento** con le istituzioni, sia nel campo delle dipendenze che nella più ampia rete sociosanitaria (servizi sociali, assicurazioni sociali, ospedali psichiatrici, ecc.), è una delle condizioni più importanti per promuovere un approccio basato sui bisogni. Infatti, solo conoscendo la gamma di servizi disponibili a livello regionale è possibile offrire alla persona interessata un servizio su misura che risponda ai suoi bisogni in una determinata situazione.

Il lavoro di rete tra i servizi territoriali, e più in generale il successo di un percorso di post-cura, dipende da una serie di fattori. In primo luogo, è essenziale l'adesione della persona al progetto; sebbene la situazione o il problema possono variare da una persona all'altra, da un'istituzione all'altra o da una regione all'altra, la maggior parte dei professionisti ritiene che la **partecipazione a un progetto di post-cura su base libera e volontaria** sia un fattore di successo.

Inoltre, una relazione basata sulla fiducia, sul dialogo e sull'ascolto migliora notevolmente i risultati della post-cura, in quanto è l'unico modo per far sì che i beneficiari si sentano liberi di esprimere i propri bisogni e siano pronti a chiedere sostegno. In altre parole, il **lavoro relazionale è una caratteristica essenziale delle offerte dei servizi di post-cura.**

Oltre a questi aspetti, i risultati mettono in evidenza una critica alla concezione stessa di post-cura. **Il concetto si riferisce ad una visione eccessivamente sequenziale, lineare e cronologica del seguito delle dipendenze da sostanze all'interno di un percorso di cura:** questo è costituito da diverse fasi o tappe che garantiscono il successo del percorso, come una procedura da seguire. Va detto che la terminologia, sia in francese che in tedesco o in italiano, assume un ruolo nel plasmare questo tipo di rappresentazione, nel senso che introduce l'idea di "fasi" attraverso i prefissi "post-" nelle lingue latine e la preposizione "*nach*" in tedesco.

Nella Svizzera francese, in Ticino e in parte nella Svizzera tedesca, la **terminologia non riscuote un consenso unanime.** I professionisti hanno criticato il termine *postcura* per diversi motivi. Da un lato, riduce il trattamento a una "fase intensiva

(disassuefazione/disintossicazione)" svolta in un contesto clinico, ossia a una fase molto specifica della presa a carico medica al termine della quale la persona sarebbe "stabilizzata" o addirittura "guarita". Per molti dei partecipanti all'inchiesta, il trattamento non può essere equiparato solo all'astinenza, che in genere rappresenta solo una piccola parte del sostegno alla dipendenza da sostanze, ma si riferisce a una moltitudine di servizi socioterapeutici, psicosociali e medici.

Dal punto di vista delle persone intervistate, infatti, l'accompagnamento dei problemi di dipendenza non segue una sequenza temporale predefinita, ma costituisce piuttosto un impegno costante che può durare anni. A questo proposito, uno dei temi centrali che emerge dalle interviste è il **concetto di continuità**: i professionisti intervistati hanno sottolineato che il processo di presa a carico della dipendenza richiede un accompagnamento costante e a lungo termine per evitare interruzioni, che spesso sono sinonimo di peggioramento dei problemi. A tal proposito, si nota talvolta una situazione paradossale: **i modelli di finanziamento per l'ottenimento di prestazioni nell'ambito delle dipendenze sono frammentati** (AI, servizi sociali, assicurazione sanitaria, ecc.) e di conseguenza sono proprio una fonte di discontinuità nei percorsi.

Se ci si focalizza sulle diverse dimensioni della *postcura* per le quali le prospettive sono più ampie, emergono delle questioni relative all'approccio psicosociale che caratterizzerebbe la post-cura. Anche se questo tipo di approccio è predominante, non possiamo limitare la post-cura ad un aspetto esclusivamente psicosociale. I risultati evidenziano una serie di casi in cui il supporto medico è essenziale e complementare, in particolare nel caso del trattamento con terapia sostitutiva, delle visite epatologiche o del seguito psichiatrico per i beneficiari con doppia diagnosi. Inoltre, alcune istituzioni dispongono di équipes multidisciplinari con competenze mediche. In quest'ottica, la **dicotomia "approccio psicosociale vs approccio medico-terapeutico" dovrebbe essere superata**. Infatti, la post-cura non dovrebbe riguardare esclusivamente una specifica area di competenza, sia essa medica, psicologica o sociale, ma dovrebbe piuttosto rappresentare un intreccio sinergico di queste tre dimensioni.

Un'altra dimensione che suscita pareri contrastanti, e talvolta riserve, è quella dell'intensità minore nella post-cura. Molti professionisti sottolineano che questa

dipende dal contesto in cui si svolge la post-cura: in contesto ambulatoriale, ad esempio, ha un'intensità inferiore - misurata in termini di ore di supporto ai beneficiari - rispetto all'offerta di post-cura in contesto semiresidenziale, dove i beneficiari vivono o lavorano. Secondo i professionisti, **l'intensità non dovrebbe essere misurata solo in termini di numero di ore** che i professionisti trascorrono con i beneficiari (*front office*), in quanto ciò non tiene conto del carico di lavoro che comporta la creazione di reti con altri professionisti della rete socio-sanitaria e la transizione tra le offerte precedenti e la postcura (*back office*). Si raccomanda pertanto di chiarire il concetto di intensità.

Infine, riguardo alla stabilità della persona, ossia l'astinenza o il consumo controllato, è difficile trarre una conclusione definitiva e assoluta. La stabilizzazione, come appare nella definizione, suggerisce una stabilizzazione essenzialmente fisiologica, o comunque strettamente legata al consumo della sostanza. Si riferisce alla fase iniziale di stabilizzazione dei sintomi di astinenza, come disturbi del sonno, ansia o agitazione. Tuttavia, la stabilizzazione è un processo che può essere percepito da diversi punti di vista: chiaramente medico, ma anche psicologico e persino socioprofessionale e seguendo tempistiche diverse. È proprio per queste ragioni che sono state mosse diverse critiche a questo concetto. La **stabilizzazione trarrebbe vantaggio dall'essere vista come un processo che deve essere compreso nella sua continuità**, senza che vi sia necessariamente una fase di "astinenza o consumo controllato" che precede un'altra tappa.

Spunti di riflessione e discussione

I risultati dell'inchiesta mostrano che non è sufficiente riconcettualizzare la post-cura, ma suggeriscono la necessità di ripensare la nozione stessa di percorso di cura nel campo delle dipendenze. La questione della cronicità e della durata non è sufficientemente presa in considerazione nel concetto teorico, nonostante il fatto che molti percorsi di cura si estendano su un lungo periodo, con alcune fasi di supporto più intense di altre. La letteratura anglofona tende a privilegiare il concetto di *continuing care*, che pone maggiore enfasi sulla continuità piuttosto che sulla disposizione di fasi specifiche.

L'obiettivo di questo accompagnamento continuo è quello di sostenere le persone nel proseguimento del loro percorso di consolidamento somatico, psicologico e sociale, al fine di raggiungere l'autonomia e di rafforzare e mantenere le conoscenze e le abilità già acquisite. Inoltre, si lavora anche per migliorare le interazioni tra la persona e il suo ambiente e per continuare il processo di reinserimento sociale. In questo contesto, i professionisti del settore medico, sociale e psicologico interagiscono tra loro per offrire alla persona interessata un accompagnamento che risponda ai suoi bisogni a 360°.

Questa nozione di continuità deve riflettersi anche nella terminologia. Ad esempio, bisogna chiedersi se il termine "post-cura" - in particolare in francese e in italiano - sia ancora pertinente. Si potrebbe preferire la nozione di "*soins continus*" o "*accompagnement continu*", con "*soins*" che comprende più dimensioni nel suo significato, cioè gli aspetti sociali, medici e psicologici, nonché l'idea di benessere che riecheggia il modello di recupero. Anche se nella Svizzera tedesca le riserve sulla terminologia sono minori, sembra ragionevole scegliere un termine che sia più significativo in tutte e tre le regioni linguistiche e che comprenda la stessa cosa. L'equivalente tedesco sarebbe "fortführende Begleitung". In italiano, il termine sarebbe "continuità delle cure", considerando il termine "cura" come un percorso a 360° di sostegno alla persona e non solo come una pratica clinica nel trattamento della dipendenza.

1. SITUATION INITIALE

Dans le domaine des addictions, la postcure constitue une réponse multiple et adaptative face à des problématiques souvent complexes qui perdurent sur de longues périodes. En effet, les parcours des personnes concernées sont fréquemment marqués par des bifurcations, des ruptures, ou encore des « hauts et des bas ». Les offres de postcure visent précisément à accompagner les personnes vers une plus grande autonomie et à consolider leur situation biopsychosociale, tout en évitant, en prévenant, ou tout du moins en mitigeant les ruptures dans les parcours de soin.

Le travail de terrain des professionnel·le·s doit s'appuyer sur des concepts opérationnels et bien définis. Une première revue recherche documentaire réalisée par Addiction Suisse en partenariat avec Fachverband Sucht, le Groupement Romand d'Études des Addictions et Ticino Addiction) a ainsi jeté un certain nombre de fondements théoriques. Il en ressort notamment cette définition :

« Sur la base de la littérature scientifique, la postcure s'adresse à toutes les personnes qui, après une phase de traitement plus intensive (sevrage/désintoxication), se trouvent dans un état stabilisé d'abstinence ou de consommation contrôlée. Elle comprend toutes les mesures et activités qui visent à accompagner ces personnes dans la poursuite de leur parcours de consolidation physiologique, psychique et sociale caractérisé par une plus grande autonomie. Dans ce contexte, les mesures psychosociales prennent le pas. La postcure se déroule principalement dans un cadre ambulatoire. Le recours au suivi des parcours (case management) permet d'assurer le lien entre la postcure et des offres de soins adjacentes »⁴.

Les résultats de la recherche ont également mis en lumière le fait que le concept de postcure suggère une linéarité et un caractère très séquentiel des parcours, ainsi que différentes phases d'accompagnement des problématiques d'addiction. La question de la chronicité et de la durée de ces dernières n'est pas suffisamment prise en compte, alors que bien des parcours s'étendent sur une longue durée avec certaines

⁴ Krizic Ivo (2022) : La post-cure dans le domaine des addictions : analyse de la littérature et développement d'un concept pour la Suisse (Fiche d'information). Lausanne. [Link](#)

phases d'accompagnement plus intensives que d'autres. Ainsi, dans la littérature anglophone, on a tendance à privilégier la notion de *continuing care* (soins continus) qui met davantage l'accent sur la continuité plutôt que sur l'agencement d'étapes spécifiques⁵. Une enquête menée dans le Canton du Tessin afin de conceptualiser les soins continus dans le domaine des addictions arrive à des conclusions similaires. L'analyse des entretiens qualitatifs réalisés auprès de professionnel·le·s des addictions montre que le terme « soins continus » se rapproche davantage à l'offre de prise en charge fournie par les services engagés. L'addiction est une problématique caractérisée par la chronicité ; les parcours de soin devraient ainsi poser l'accent sur le suivi de la personne dans le temps, par la recherche du meilleur bien-être et la réinsertion de la personne dans la société⁶.

Si tous ces éléments constituent une base de discussion et de réflexion déjà significative, l'articulation entre théorie et pratique n'en demeure pas moins cruciale, à plus forte raison dans un pays qui se caractérise par une grande diversité, que cela soit sur le plan politique, socioculturel, linguistique, ou encore géographique. Cette diversité se reflète d'ailleurs dans la terminologie : la *postcure* se traduit traditionnellement par *Nachsorge* en allemand et par *post-cura* en italien, soit autant de notions, certes similaires, mais qui ne sont pas non plus synonymes.

Il convient dès lors de définir et délimiter un concept qui fasse sens à une pluralité d'acteurs. Trouver un terrain d'entente commun équivaut aussi à reconnaître les différences qu'il peut y avoir d'une région à une autre, et identifier les variations sur un même thème, afin de pouvoir tirer un fil rouge conceptuel.

C'est précisément à cette fin que le Groupement romand d'études des addictions (GREA), le Fachverband Sucht (FS), Ticino Addiction (TA) et Addiction Suisse (AS), ont été mandatés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) afin de clarifier et d'approfondir le concept, tout en étant au plus proche des attentes du terrain.

⁵ Krizic, I. (2022).

⁶ Palomba I. (2023)

2. OBJECTIFS DU MANDAT

Comparaison du concept théorique de « postcure » avec les pratiques de terrain : dans le cadre du mandat, le concept théorique de « postcure » qui a été élaboré par Addiction Suisse ⁷ est examiné au regard des pratiques des professionnel·le·s avec la question sous-jacente à savoir si celui-ci reflète la diversité des offres en la matière dans le champ des addictions en Suisse. Aussi s'agit-il d'identifier et de décrire ces offres – c'est-à-dire ce qu'entendent les professionnel·le·s qui considèrent que leur travail relève de la postcure – et d'examiner quelles sont les convergences et divergences avec les apports théoriques. Par ailleurs, il est également intéressant de se demander si le concept fait sens pour les premières personnes concernées, soit les bénéficiaires d'institutions proposant des « postcure ». Afin de remplir cet objectif, une enquête avec un volet quantitatif et un volet qualitatif est menée aussi bien avec les professionnel·le·s qu'avec les personnes concernées par ce type de prestation.

Appréciation critique du concept de la postcure : sur la base des résultats de l'enquête susmentionnée, il s'agit d'examiner dans quelle mesure la notion de « postcure » est encore d'actualité. Le cas échéant, il convient de déterminer quelles autres dimensions – en plus de celles déjà évoquées dans la littérature – peuvent contribuer à affiner et enrichir ce concept, mais sans pour autant écarter d'autres options terminologiques qui pourraient mieux rendre compte de la réalité des pratiques du terrain.

⁷ Krizic, I. (2022).

3. MÉTHODOLOGIE

Dans cette section sont présentées les phases de la recherche, ainsi que ses différents volets quantitatif et qualitatif. Ensuite des précisions sont données, aussi bien sur les instruments de récolte d'information que sur le processus d'analyse et d'interprétation des données recueillies.

Phase 1 : Identification des offres de postcure et enquête par questionnaire

La première phase a consisté à identifier d'offres de postcure au moyen d'un questionnaire quantitatif adressé à l'ensemble des institutions des différentes régions linguistiques.

Les institutions disposant parfois de plusieurs structures d'accueil, ainsi que de nombreux programmes et mesures, il était important de ne pas procéder à une sélection sur la base de critères prédéfinis, mais de laisser la liberté aux répondant·e·s s'ils ou elles considèrent que leur institution propose des offres de postcure. D'un point de vue pratique, il était également plus aisé d'utiliser les ressources et annuaires en ligne, par exemple le « Répertoire ressource addiction et précarité » de la Fondation Le Relais en Suisse romande⁸, ou le service « Indexaddictions » d'Infodrog au niveau national⁹, et d'adresser le questionnaire à toutes les institutions, plutôt que de faire une sorte de tri préalable qui aurait eu sa part d'arbitraire. En outre, il a été précisé que, pour les besoins de l'enquête, une personne avec un degré significatif d'expertise était requise.

Après avoir mentionné son nom, statut et affiliation, le répondant était d'emblée invité à indiquer si oui ou non son institution offre un service de postcure. En cas de réponse négative, la personne était quand même incitée à lire la définition issue de la revue de littérature d'AS, et à confirmer que celle-ci ne correspondait effectivement à aucune prestation de son institution.

Ce procédé a permis de faire une première sélection parmi les questionnaires reçus. À titre d'exemple pour la Suisse romande, le questionnaire a été envoyé à 63 institutions dans les 6 cantons. Les responsables ou collaborateurs de 29 institutions

⁸ Répertoire de la Fondation Le Relais

⁹ Indexaddictions d'Infodrog

y ont répondu intégralement. Huit personnes ont affirmé que leur institution n'offrait pas de postcure et ont confirmé leur réponse après lecture de la définition. Il convient de préciser que ces huit questionnaires n'ont pas été écartés pour autant des données à analyser, étant donné qu'ils contiennent d'autres informations, par exemple que sont les partenariats existant pour assurer un meilleur suivi des personnes.

En cas de réponse positive, la personne était amenée à se positionner par rapport à la définition issue de la revue de littérature d'AS, c'est-à-dire il lui était demandé si cette définition correspondait bel et bien avec les activités exercées au quotidien dans son institution, et de justifier son point de vue, le but étant d'identifier d'éventuelles dissonances entre la théorie et la pratique. À la suite de cette section consacrée à la définition de la postcure, une autre partie était dédiée aux différentes dimensions de la notion, tel qu'elles ont été mises en avant dans la revue de littérature (p. ex. moindre intensité de l'accompagnement, stabilisation de l'état des personnes concernées, coordination avec les différents partenaires du réseau sociosanitaire, flexibilité par rapport aux besoins de la personne), le but étant de déterminer quels sont les points les plus importants aux yeux des professionnel-le-s. Enfin, une dernière partie mettait davantage l'accent sur les bonnes pratiques et les aspects à approfondir grâce à des questions ouvertes qui ont favorisé le recueil d'éléments plus qualitatifs. Une question a aussi permis de sonder les répondant-e-s, à savoir s'ils étaient disponibles et intéressé-e-s à participer à la phase ultérieure (phase 2) de l'enquête.

Phase 2 : Enquête qualitative auprès des professionnel-le-s de terrain

En complément du volet quantitatif, une recherche qualitative a ensuite été réalisée afin de collecter des informations plus riches et détaillées. L'idée était de déterminer à quel point les éléments centraux ressortis de l'analyse de littérature s'avèrent également incontournables pour les professionnel-le-s, ou si ces derniers ont, au contraire, des réserves. Ainsi, l'accent a été mis en particulier sur l'intensité de l'accompagnement, la stabilisation de l'état des personnes concernées en vue d'un accompagnement adéquat, ainsi que sur la nécessaire coordination avec les différents partenaires du réseau sociosanitaire. En outre, l'objectif était également d'explorer et découvrir d'autres aspects qui seraient importants aux yeux des

professionnel·le·s pour caractériser la postcure, et y compris si cette notion leur semble encore pertinente et d'actualité.

Pour ce faire, une grille d'entretien a été effectuée, en vue de conduire une série d'entretiens semi-directifs auprès des professionnel·le·s des trois régions linguistiques (7 en Suisse alémanique, 7 en Suisse romande, et 3 au Tessin). Il convient de préciser que l'échantillonnage était non probabiliste, c'est-à-dire, la sélection s'est effectuée selon les critères suivants : 1) degré d'expertise, 2) disponibilité et volonté à participer à l'enquête, 3) situation géographique, c'est-à-dire de recueillir les points de vue de spécialistes issus de différents cantons et contextes (aussi bien des régions très urbanisées qu'à prédominance rurale).

A) Questions centrales sur l'intensité des offres de postcure au regard d'autres prestations :

- Comment les professionnel·le·s des addictions évaluent-ils l'intensité de l'accompagnement en postcure par rapport aux offres connexes ?
- Quel rôle joue la durée prévue de l'accompagnement ?
- Quelles sont les principales caractéristiques de ce type d'approche ?

B) Questions centrales sur la stabilisation de l'état de la personne avant son entrée en postcure :

- Qu'entend-on exactement par stabilisation ? La stabilité est-elle pertinente pour la postcure selon les professionnel·le·s ? Est-ce qu'il y a des exemples concrets afin d'illustrer cette situation ?
- Comment cette stabilisation est-elle évaluée ? Quels sont les critères ?

C) Questions centrales concernant la coordination avec les autres offres de soins :

- Comment les offres de postcure sont-elles articulées aux autres formes d'accompagnement ?
- Quelle est la place de la postcure dans les parcours de soin ? Est-ce qu'on observe des parcours types, ou tout du moins, certaines récurrences ?
- Quels sont les facteurs institutionnels et structurels qui favorisent une mise en réseau réussie des offres de postcure avec les autres prestations du réseau sociosanitaire ? Quels sont les obstacles à la coordination des offres de soins de suivi ?
- Quelle est l'importance des mécanismes de coordination, par exemple *le case management* ?

En outre, il a également été demandé aux professionnel·le·s si la notion de « postcure » était utilisée dans la pratique et dans quelle mesure elle était, selon eux, encore d'actualité.

Phase 3 : Enquête qualitative auprès des personnes concernées

La troisième phase a consisté à recueillir également les perspectives des bénéficiaires, afin de mieux cerner comment elles vivent les offres de postcure, ce qu'elles en pensent, et quels sont leurs besoins et attentes¹⁰. On peut raisonnablement supposer que le degré d'adhésion à un programme ou à une prestation donnée dépendra aussi de la perception qu'a la personne de cette prestation. Aussi, les notions floues doivent être évitées afin de limiter un éventuel décalage entre les attentes et l'accompagnement en lui-même. C'est dans cette optique que des informations ont aussi été collectées auprès des personnes concernées au moyen de diverses techniques de recherche : 4 entretiens semi-directifs ont été effectués dans la partie alémanique, un focus group avec 8 participant·e·s organisé avec le soutien de la Fondation du Levant dans le canton de Vaud, et un focus group avec 4 personnes réalisé au Tessin. Certes, il ne s'agit pas d'un panorama exhaustif des perspectives des personnes concernées, tant celles-ci sont diverses, les informations recueillies permettent d'apporter des éléments

¹⁰ Office fédéral de la santé (2019)

supplémentaires et d'enrichir l'analyse. Les questions suivantes ont été abordées avec ce public cible :

- Que signifie la « postcure » pour les personnes concernées ?
- Comment vivent-elles les transitions entre l'offre précédente et la postcure ?
- Comment sont gérées ces transitions et la coordination entre les différentes offres du réseau sociosanitaire ?
- Quelle est la plus-value de la postcure dans leurs parcours ?

Phase 4 : Triangulation, analyse et interprétation des résultats de la recherche

La démarche méthodologique se caractérise par de multiples triangulations qui garantissent une objectivation des résultats. Ainsi ces triangulations s'opèrent au niveau :

- Des techniques de récolte d'information : entretiens, focus group, questionnaires et recherches documentaires.
- Des sources : professionnel-le-s du champ des addictions, personnes concernées, littérature scientifique.
- Des chercheurs : l'analyse repose sur une collaboration entre spécialistes de différents profils issus des trois principales régions linguistiques suisses. Ces regards croisés permettent d'examiner certaines questions sous différents angles, tout en maîtrisant la subjectivité inhérente à l'analyse.

Ainsi, une première analyse des résultats de l'enquête par questionnaire a été effectuée, et a permis de faire ressortir des tendances générales qui ont été discutées par les auteurs de la recherche. Cela a donné lieu à de premiers résultats intermédiaires. Ensuite, une fois les entretiens auprès des professionnel-le-s menés et synthétisés, les données ont été catégorisées selon les principaux critères susmentionnés et analysées dans chaque région, puis les résultats ont été mis en commun afin de dégager des similitudes et divergences, tel que cela apparaît dans la partie 4 du rapport. Les résultats de cette deuxième analyse ont été ensuite examinés et comparés avec les premiers résultats intermédiaires. Enfin, les résultats de l'analyse des informations recueillies auprès des personnes concernées ont permis encore une fois de contraster les résultats antérieurs.

4. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés de la manière suivante : dans un premier temps sont exposées et décrites les tendances générales qui ressortent de l'enquête par questionnaire au niveau national. Ensuite, les particularités régionales sont abordées lorsque des différences sont observées par rapport aux résultats généraux. Dans un deuxième temps, sont présentés les résultats du volet qualitatif de l'enquête auprès des professionnel-le-s et des personnes concernées. Enfin, une synthèse analytique, issue de la triangulation de l'ensemble des données, recoupe les similitudes et divergences identifiées et propose une définition et mise à jour de la notion de postcure en phase avec le contexte suisse.

4.1 Résultats de l'enquête par questionnaire

4.1.1 Dimensions générales

L'enquête quantitative s'adressait aux professionnel-le-s des addictions de Suisse alémanique, de Suisse romande, ainsi que du Tessin. Elle s'est déroulée du 14 au 31 mars 2023. Le questionnaire a été envoyé par courriel à toutes les organisations membres du Fachverband Sucht, du GREA et de Ticino Addiction. Au total, 133 personnes ont participé à l'enquête et répondu intégralement au questionnaire élaboré dans les 3 langues nationales (97 participant-e-s en Suisse alémanique, 29 en Suisse romande et 7 au Tessin).

4.1.2 Setting de la postcure¹¹

Environ 80% des institutions interrogées ont indiqué qu'elles disposent d'une offre de postcure. Près de 90% d'entre elles ont indiqué que leur offre correspond à la définition proposée à la suite de la revue de littérature, tandis qu'environ 10% ont certaines réserves et estiment que la définition ne couvre pas toutes les dimensions de leur travail. Il est dès lors intéressant de se pencher sur les points de vue de ce 10% de répondant-e-s. Voici en synthèse des aspects qui, selon les participant-e-s, ne coïncident pas totalement avec la définition théorique. À ce stade, ils sont uniquement mentionnés, car certains sont récurrents et seront repris dans les analyses ultérieures.

- Suivi uniquement psychothérapeutique.
- Réalisation d'« entretiens de transfert » afin de faciliter la transition entre l'institution résidentielle et les consultations ambulatoires.
- Pas de programmes spécifiques, mais des conseils en matière d'addiction sur une base volontaire.
- Entraide : des personnes concernées devenues abstinences motivent, soutiennent et accompagnent des personnes ayant des problématiques d'addiction lors de réunions hebdomadaires. Il ne s'agit pas d'une postcure avec une durée clairement définie, ni d'une mise en réseau avec d'autres institutions ou encore de *case management*, mais simplement d'entraide grâce aux membres des Alcooliques Anonymes.
- À la suite du séjour en milieu hospitalier, les personnes ont la possibilité de bénéficier d'une offre en clinique de jour, tout en pouvant continuer de participer aux thérapies et d'avoir un entretien hebdomadaire avec le médecin responsable. Dans la clinique de jour, elles peuvent avoir des entretiens individuels qui ont différentes visées : maintenir l'abstinence, discuter des situations difficiles ou encore de recevoir des informations sur d'autres offres de suivi ou sur la consommation contrôlée.

¹¹ Par « setting », il faut entendre, à la manière de l'OFSP (2022), « un système social délimité dans lequel des personnes vivent, apprennent, travaillent, etc. (p. ex. entreprise, école, établissement médico-social (EMS), commune/quartier, famille, association) et qui exerce une influence sur leur santé ».

- Suivi uniquement en ambulatoire et non en résidentiel.
- Offre de conseils en addictologie (*Suchtberatung*)
- Le concept de « postcure ambulatoire » n'existe pas. L'offre de l'institution du participant consiste en des postcures en milieu résidentiel avec une équipe pluridisciplinaire.
- La « cure » et la « postcure » sont parfois difficilement séparables. L'offre de l'institution du participant est une « postcure semi-ambulatoire », c'est-à-dire un séjour en appartement d'insertion qui permet à la personne de reprendre un rythme de manière autonome à la suite d'un séjour en résidentiel.
- La postcure renvoie essentiellement au séjour que font les bénéficiaires en résidentiel afin de consolider leur abstinence. L'institution du participant propose en outre des places en appartement de transition, deux centres de jour, des accompagnements ambulatoires pour les personnes qui ont effectué un séjour en résidentiel, ainsi qu'un atelier occupationnel.

Même si plusieurs réponses étaient possibles, la plupart des personnes interrogées classent leur offre de postcure dans le setting « ambulatoire ». L'offre de « soins à domicile » ou de « soins de proximité » vient en deuxième position, le setting « résidentiel » en troisième position et d'autres settings sont mentionnés dans la catégorie « autre(s) » que les personnes pouvaient également choisir tout en donnant des précisions. Bien que cette catégorie soit minoritaire – 18 répondant-e-s l'ont cochée – elle fournit des informations importantes qui pourraient élargir le champ de la définition de postcure. Voici donc les settings dans lesquels s'inscrit également la postcure aux yeux des participant-e-s à l'enquête :

- Setting semi-résidentiel (*Teilstationäres Setting*)¹²
- Apprentissage intégré /Zoom (*Integriertes Lernen / Zoom*)
- Offre de logement d'intégration (*Integriertes Wohnangebot/teilbetreutes Wohnen*)

¹² Le setting « semi-résidentiel » recouvre plusieurs acceptions : appartements dits « protégés » ou « supervisés », foyers temporaires avec famille d'accueil, ou encore lieux résidentiels avec emplois protégés. Le dénominateur commun de ces différents types de structure est la réinsertion socioprofessionnelle.

- Offres de groupe (*Gruppenangebote*)
- Réunions hebdomadaires ou plurihebdomadaires dans des lieux différents
- Selon les besoins de la personne, et prochaine mise en place de consultations en ligne
- Dans d'autres institutions ou à la sortie d'institution comme la prison
- Clinique de jour (*Tagesklinik*)
- Conseil mixte (*Blended Counseling*)
- Centre de jour

4.1.3 Mesures pendant la postcure

Plusieurs réponses étaient également possibles à la question de savoir quelles mesures sont au centre des offres de postcure. Une grande partie des personnes interrogées indiquent que les mesures psychosociales sont au premier plan des prestations de leurs institutions. En deuxième et troisième positions (équivalentes) sont mentionnées d'autres mesures telles que la psychothérapie, le soutien pour les questions administratives et les mesures d'intégration sociale (p. ex. intégration au logement et au travail, organisation des loisirs) ainsi que des mesures médico-psychiatriques. Les mesures médicales générales arrivent en quatrième position.

4.1.4 Place de la postcure dans le parcours de soin

L'enquête quantitative ne permet pas de répondre clairement à la question à savoir à quelles offres les bénéficiaires ont généralement recours avant la postcure. Celle-ci peut succéder à différentes offres. Il peut s'agir d'une offre de thérapie résidentielle, d'un conseil ambulatoire en addictologie ou encore d'un séjour de sevrage. Les données qualitatives permettront d'affiner ces premiers résultats. À la question de savoir s'il existe des offres qui sont combinées avec la postcure ou qui se situent en aval, environ 70% des personnes répondent par l'affirmative, tandis qu'environ 30% donnent une réponse négative. Parmi les offres qui suivent ou qui se combinent, on trouve notamment le logement accompagné, l'intégration au travail, l'accompagnement ambulatoire des addictions, les groupes d'entraide ou encore les offres de soin à domicile.

4.1.5 Caractéristiques de la postcure

Les institutions ont été interrogées sur les caractéristiques qui décrivent le mieux leurs offres de postcure. En premier lieu se situe la personnalisation de l'offre en fonction du contexte et des antécédents de la personne. En deuxième position, on trouve la mise en réseau avec des systèmes de soutien connexes, tandis que la stabilisation de l'état de dépendance (abstinence/consommation contrôlée) arrive en troisième position, et la moindre intensité en quatrième position. Fait non négligeable : environ la moitié des répondant·e·s ont estimé qu'il existait d'autres caractéristiques pertinentes pour décrire le suivi.

Concernant la personnalisation des prestations, il faut prendre en compte que ce thème, ou encore l'« individualisation » des offres selon les personnes, leurs parcours et leurs attentes sont des thèmes dans l'air du temps. Ce phénomène n'est pas spécialement étonnant si l'on adopte un regard rétrospectif : pendant longtemps les modalités d'accompagnement des addictions étaient plus rigides, c'est-à-dire plus centrées sur le « sortir de l'addiction » et l'abstinence, en tant que finalités, au détriment des besoins individuels. Aujourd'hui, on observe un changement de paradigme et force est de constater que la personnalisation des prestations est un thème à la mode. Il en est abondamment question dans le champ sociosanitaire. Dès lors, il s'agit d'un critère, certes, mais il n'est pas déterminant non plus. En d'autres termes, ce n'est pas cette dimension qui différencie les offres de postcure des autres prestations, ce qui n'enlève rien au fait qu'il s'agit d'un aspect très important aux yeux des professionnel·le·s.

Pour ce qui est de la seconde dimension la plus importante, celle de la mise en réseau et coordination avec les différents acteurs du domaine sociosanitaire, on peut faire une remarque similaire à la précédente : on vit et travaille dans un monde interconnecté et interdépendant, et le réseautage n'est pas forcément l'apanage de la postcure, même si, à nouveau, cela semble une caractéristique centrale de la postcure pour les personnes interrogées. Aussi, ce thème sera-t-il approfondi grâce aux informations qualitatives afin de mieux comprendre quelles formes peut prendre cette « mise en réseau » dans un contexte de postcure. Enfin et à ce stade, la question de la stabilisation de l'état de la personne (abstinence ou consommation contrôlée), ainsi que celle de l'intensité moindre en comparaison d'autres offres, ne semblent

pas être des critères prépondérants selon les professionnel·le·s. L'analyse des entretiens semi-directifs permettra de faire ressortir des pistes d'interprétation.

Il est intéressant de se pencher à présent sur la variété de dimensions qui ont été évoquées par certain·e·s répondant·e·s et signalée comme des caractéristiques pertinentes de la postcure. Certains de ces aspects ont déjà été abordés dans la revue de littérature. Étant donné qu'elles sont nombreuses et diverses, elles ont été catégorisées en plusieurs axes :

Renforcement des compétences psychosociales et de l'intégration

- En matière administrative
- Du point de vue financier
- Du point de vue relationnel
- Autogestion de la santé
- Organisation et planification de son emploi du temps
- Intégration au travail
- Intégration au logement
- Médiation avec les gérances d'immeubles et le voisinage

Prévention des rechutes et gestion des situations de crise

- Gestion de la consommation et réduction des risques
- Avoir un référent ou une personne de contact en cas de situation de crise ou de moments difficiles
- Pouvoir bénéficier d'une structure d'hébergement lors de crises
- Traitement de substitution si nécessaire
- Travail sur la stabilité psychique et physique en lien avec des comorbidités psychiatriques et/ou somatiques

Accompagnement de l'entourage

- Conseils aux proches
- Espaces d'intervision avec des proches également
- Référents spécifiques à l'intention des enfants / attention au bien-être des enfants

Accessibilité et continuité des prestations (travail durant les phases de transition, encadrement sur le long terme ou à la demande)

- Accueil inconditionnel
- Contact et accompagnement en dehors des heures de bureau, y compris le weekend et les jours fériés
- Accompagnement à long terme (pas de durée prédéterminée)
- Réactivité (pas de listes d'attente)
- Accompagnement lors de moments de transitions, par exemple entre résidentiel et ambulatoire

Actions favorisant les échanges et le partage d'expériences

- Groupe de parole dirigé par un thérapeute
- Groupes AA et NA
- Groupes de paroles s'adressant spécifiquement aux femmes, aux hommes, ou mixtes
- Groupes de paroles interculturels (en langues différentes)

Si l'on traduit ces différents éléments sous forme schématique, on distingue trois principales orientations de la postcure qui sont étroitement liées et interdépendantes : de manière générale, la postcure cherche à : 1) accompagner les personnes sur le chemin d'une plus grande autonomie, 2) en renforçant ou maintenant les connaissances et compétences qui ont été acquises. Ces processus passent également par : 3) la création d'un environnement social favorable, en particulier au niveau familial.

De ces orientations générales découlent un certain nombre d'axes de travail plus spécifiques, à savoir : 1) le fait de garantir l'accessibilité et la continuité des soins, avec une attention marquée lors des moments de transition entre les différentes offres ; 2) de prévenir les rechutes et de gérer d'éventuelles situations de crises grâce à des outils et/ou des personnes-ressources, ainsi qu'une flexibilité dans les accompagnements ; 3) de renforcer ou maintenir les connaissances et compétences qui ont été acquises antérieurement, tout en favorisant l'intégration sociale des personnes ; 4) d'accompagner au mieux les proches en les impliquant dans les démarches de soin et en favorisant des actions visant à mitiger au maximum les

impacts négatifs des problématiques d'addictions, spécialement sur les enfants, et 5) de proposer des espaces d'échanges et de partages d'expériences pouvant être déclinés sous diverses modalités et thématiques.

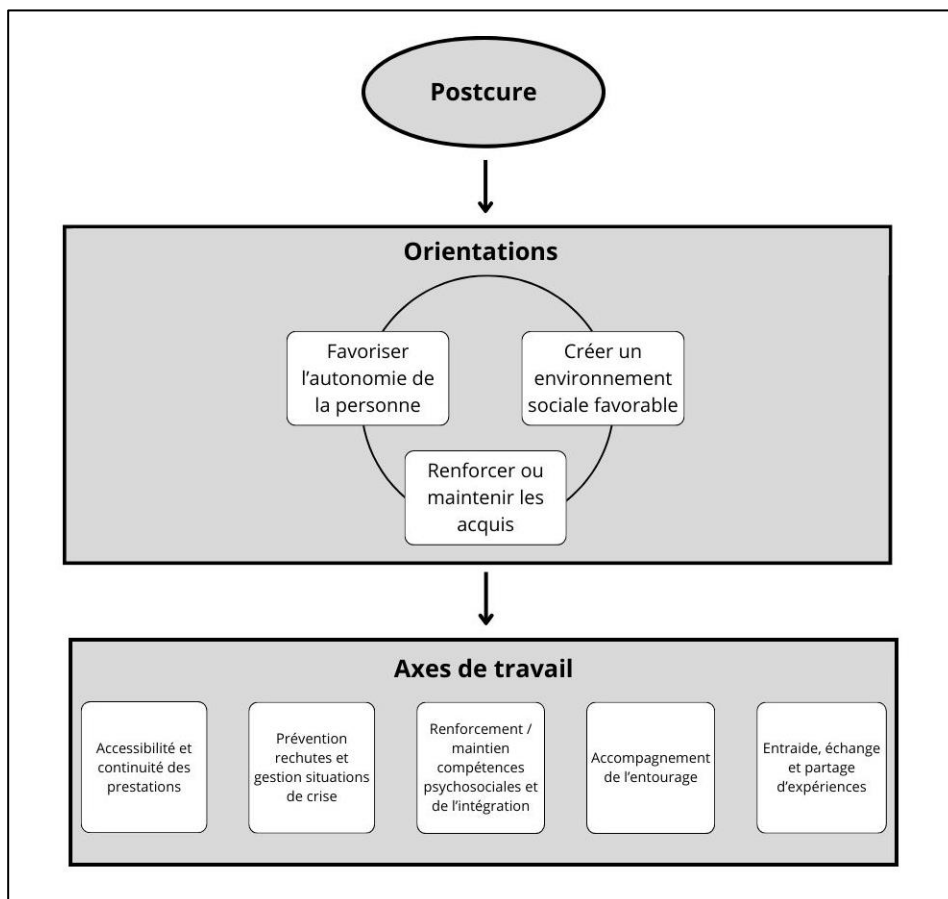


Figure 1: Orientations et axes de travail des offres de postcure

Les deux derniers points offrent des pistes d'élargissement intéressantes pour le concept de postcure. En effet, celle-ci renvoie non seulement à un suivi des personnes concernées, mais également de leur entourage qui est fréquemment peu pris en compte et démuné. En outre, la postcure repose aussi sur l'entraide et les échanges entre personnes qui vivent des situations similaires. Dans cette optique, elle n'est pas forcément formelle et institutionnelle au sens classique des termes, c'est-à-dire on peut raisonnablement supposer que des groupes de discussion ou rencontres informelles entre personnes concernées « hors institutions » peuvent jouer des rôles similaires à ceux envisagés dans le cadre de programmes de postcure institutionnels. Cet aspect avait été évoqué dans le cadre de la revue de littérature.

4.1.6 Différences régionales

Les réponses au questionnaire, prises dans leur ensemble, corroborent en grande partie la définition issue de la revue de littérature. Néanmoins, il existe des différences régionales, en particulier au niveau romand en ce qui concerne le cadre ambulatoire. On avait déjà pu constater ci-dessus dans les réponses à la question ouverte sur le *setting* de la postcure que certaines personnes émettaient des réserves quant au caractère nécessairement ambulatoire de la postcure, voire s'y opposaient – « la postcure ambulatoire n'existe pas » – et si l'on se penche sur les catégories indiquées, on peut observer que seulement 4 répondant-e-s signalent exclusivement « ambulatoire » sur les 21 questionnaires. Dans la plupart des cas, en plus d'« ambulatoire », il est indiqué tantôt « à domicile », tantôt « résidentiel » si bien que l'on peut en conclure que, du point de vue des professionnel-le-s romands, la postcure est multifacétique du point de vue du *setting*. Autrement dit, on peut difficilement la réduire à un *setting* spécifique. Cette tendance a également été observée en Suisse alémanique et au Tessin, mais pas dans les mêmes proportions.

4.2 Résultats de la recherche qualitative

Les résultats de l'analyse comportent plusieurs catégories et sections, tant les informations recueillies étaient denses et abondantes, ce qui se doit en partie à la diversité des personnes interrogées et des institutions, mais aussi des régions, des cantons, ou encore des mécanismes de financement.

Il est important de mentionner que l'éventail des offres de postcure était très large lors des entretiens qualitatifs. Ainsi, des professionnel·le·s de centres ambulatoires de conseil en matière de dépendance, mais aussi d'offres semi-résidentielles (p. ex. avec logement accompagné, emploi protégé), ont été interrogés. C'est pourquoi les réponses des professionnel·le·s sont parfois très différentes.

Le concept de postcure suscite également de nombreuses réactions, parfois mitigées, réactions qui demandent des précisions ou clarifications, d'où une somme importante de données à examiner et à interpréter. L'analyse ci-dessous met en lumière quelles sont les limites du concept, et montre également certaines forces, soit les aspects qui sont pertinents aux yeux des professionnel·le·s et qui suscitent davantage d'unanimité.

4.2.1 Terminologie et interprétation

Les résultats concernant la terminologie varient selon les régions et les différents types d'offres de postcure. En Suisse alémanique, de nombreuses institutions interrogées utilisent le terme de « Nachsorge » à l'interne de l'institution, entre les professionnel·le·s, mais aussi vis-à-vis des bénéficiaires. Mais il convient de préciser que ce n'est pas pour autant que le concept fait l'unanimité. Même s'il y a globalement moins de critiques ou de réserves en comparaison avec la Suisse romande, certaines personnes interviewées ont également souligné que le concept de « Nachsorge » est dépassé. Certaines institutions utilisent des termes alternatifs. Par exemple, une fondation située dans le canton de Berne parle d'« offres post-résidentielles » (*nachstationäre Angebote*), ce qui suggère implicitement que la notion de postcure (*Nachsorge*) n'est pas suffisamment appropriée pour décrire les activités de l'institution. D'autres institutions utilisent des termes alternatifs plus neutres comme « conseil » (*Beratung*). Cependant, dans d'autres institutions,

l'utilisation du terme « Nachsorge » est importante pour le système de saisie ou pour les centres d'indication, raison pour laquelle le terme est maintenu.

En Suisse romande et en Suisse italienne, plusieurs professionnel-le-s ont fait d'emblée remarquer le côté obsolète du concept de postcure, en indiquant que ce dernier leur semblait en décalage avec leurs pratiques et les situations observées sur le terrain. « *Pour moi, ces termes comme « sevrage », « désintoxication » ou « postcure » renvoient au siècle dernier, ils n'ont plus lieu d'être* », explique la responsable de secteur d'une fondation vaudoise. Cette perspective se doit à la connotation médicale de la notion, la responsable précise d'ailleurs que pour elle « *l'addiction est une maladie de la relation ; et on remplit ce rôle, le premier rôle c'est l'aspect social, et de revivre en communauté* ».

Cette impression de désuétude se doit vraisemblablement au fait que le champ professionnel des addictions a considérablement évolué ces dernières années et que l'addiction est perçue de moins en moins sous le jour de la rémission des symptômes et de la guérison, mais davantage sous l'angle de la chronicité. Elle est d'ailleurs reconnue comme maladie chronique par un nombre croissant d'acteurs et d'actrices, aussi bien de la sphère médicale¹³ que des autorités publiques. L'approche biopsychosociale, qui laisse davantage de place aux déterminants sociaux de la santé, a également fait son chemin dans les différents réseaux sociosanitaires. Quant au domaine spécifique des addictions, on peut observer que le modèle traditionnel « guérison-réinsertion » a été progressivement dépassé : de plus en plus de professionnel-le-s et d'institutions se réclament du rétablissement qui constitue un nouveau paradigme qui s'est consolidé et établi à partir de la seconde moitié des années 2000.

À ce sujet, le directeur d'une fondation valaisanne explique par exemple qu'à ses yeux les termes de « cure » ou de « postcure » ne sont plus vraiment pertinents et actuels, étant donné qu'ils renvoient essentiellement au fait de « soigner » et de « guérir », « *alors que dans le champ des addictions, on parle aujourd'hui davantage d'accompagnement personnalisé et de réduction des risques* ». Selon lui, ces termes ne sont pratiquement plus utilisés, car trop réducteurs.

¹³ Revue Médicale Suisse. (2003).

Il est vrai que le modèle de la « guérison-réinsertion » ou de la « réhabilitation » a pendant longtemps prédominé. Il n'y avait pas une multitude de voies envisageables : schématiquement, il s'agissait de sortir de l'addiction, de chercher l'abstinence, de la consolider – précisément à travers une postcure – puis de se réinsérer dans la société notamment à travers l'emploi. Cette vision s'inscrivait dans un contexte spécifique : la consommation de drogues, en particulier illicites, était perçue sous un angle très moral ; la politique des 4 piliers, telle qu'elle est connue aujourd'hui, était naissante, et la politique de la prohibition constituait encore un cap ou une finalité moins questionnée au niveau national et international. L'idée ici n'est pas de remettre en question ce modèle « guérison-réinsertion » – qui continue à répondre aux besoins et attentes de certaines personnes ayant des problématiques d'addiction – mais de signaler qu'il a montré petit à petit ses limites, comme tout modèle.

L'intention est surtout de montrer que les réserves que génère la notion, surtout auprès des professionnel·le·s de Romandie, et dans une certaine mesure du Tessin – la cure ou la *cura* rappelant peut-être davantage la sphère médicale que le *Sorge* allemand qui renvoie au soin dans un sens plus large – traduisent une intention de se distancier des conceptions plus traditionnelles de la prise en charge de l'addiction. Toutefois, une difficulté se présente dans la traduction des termes « soins » ou *Sorge* en italien. Le terme *cura* renvoie en effet à une conception d'intervention clinique où la dimension biologique prévaut sur les dimensions psychologiques et sociales. Ce n'est qu'avec le concept de *prendersi cura* que la cure peut se référer à une conception holistique du terme.

Dans tous les cas, on peut également observer une volonté de proposer des prestations qui soient plus en phase avec la diversité des parcours et des situations des personnes faisant face à des problématiques d'addiction.

Les différents entretiens qui ont été réalisés auprès des personnes concernées reflètent en partie les résultats obtenus auprès des professionnel·le·s.

En Suisse alémanique, le terme « Nachsorge » est connu et utilisé par une grande majorité des personnes concernée. La plupart d'entre elles comprennent le terme comme une offre qui fait suite à un séjour dans le setting résidentiel.

En Suisse romande et en Suisse italienne, il est intéressant de remarquer que les personnes concernées ont – tout comme les professionnel·le·s – des réserves par rapport à la terminologie. Les raisons sont quelque peu différentes de celles évoquées par les professionnel·le·s, mais certaines de leurs perspectives permettent d’entrevoir la problématique du vocabulaire sous un autre angle.

Pendant le focus group avec les personnes concernées du Canton du Tessin, une participante a exprimé que, même si son suivi s’effectue en contexte ambulatoire, le fait qu’elle ait besoin d’un traitement de substitution a un impact sur ses représentations et conceptions : elle se voit davantage dans un suivi de cure, plutôt que de postcure. Selon la participante donc, si la notion de cure est liée à une dimension biomédicale, celle de postcure se rapprocherait plutôt de la dimension psychosociale. Parallèlement une autre participante explique que, après un parcours plus intensif en communauté thérapeutique, l’accès au suivi ambulatoire lui permet de bénéficier de prestations aussi bien médicales que psychosociales. Ainsi, la personne reconnaît que sa prise en charge est structurée de façon holistique.

Lors du focus group réalisé dans le canton de Vaud, l’un des participant·e·s fait observer que les termes « cure » ou « postcure » sont symboliquement très chargés : *« si tu dis « je suis en cure » ou « je suis en postcure », le mec il sait tout de suite de quoi on parle. Par contre, si je dis « je suis en suivi », ça peut être autre chose, par exemple un suivi thérapeutique. Le mot « cure » est beaucoup plus percutant ». Ce à quoi un autre participant ajoute : « c’est stigmatisant, je pense ». Un troisième abonde dans le même sens : « derrière le mot « cure », c’est tout de suite la toxicomanie que l’on voit, tu ne te dis pas que c’est une « cure de bien-être ».*

Ces échanges sont intéressants, car ils mettent en lumière certaines représentations sociales négatives qui entourent les mots « cure » ou « postcure » en français : ils sont rapidement associés à la toxicomanie, ou à la « cure de désintoxication », en tous cas dans l’esprit des participant·e·s du focus group.

On peut en tirer le constat que, d’une part, les termes peuvent avoir un effet inhibiteur lors du choix d’une prestation, au sens où il n’y aurait pas forcément une pleine adhésion, voire même susciter un certain découragement auprès des personnes concernées. D’autre part, ces termes peuvent indirectement enfermer l’individu dans une identité réductrice dans ses interactions avec autrui, soit celle de

« toxicomane » ou d' « usager·e·s de drogues ». Plusieurs participant·e·s laissent entendre qu'ils éprouvent ou pourraient éprouver un sentiment de honte en parlant de leur « postcure », avec des conséquences négatives, telles que l'affaiblissement de la confiance en soi et le repli sur soi.

En définitive, lorsque l'on recoupe les différentes perspectives quant au terme de « postcure », soit aussi bien celles de professionnel·le·s des addictions que celles des personnes concernées, on voit que la terminologie gagnerait à être revue et mise à jour, en particulier en français et en italien.

4.2.2 Critiques et confusions possibles

Certains aspects de la définition de la postcure ont été approuvés par les professionnel·le·s (voir section 4.2.3). En même temps – et en résonance avec les réactions mitigées quant au vocable – une série de critiques ont été formulées par rapport aux différentes dimensions que recouvre la définition de « postcure » telle qu'issue de la revue de littérature. Il y a des aspects parfois spécifiques ou singuliers, qui ne sont certes pas généralisables, mais qui offrent des pistes de réflexion, et des dimensions plus récurrentes et amplement partagées par tous les professionnel·le·s suisses. Dans tous les cas, le fait d'identifier des faiblesses ou des lacunes d'un point de vue conceptuel est primordial au sens où cela permet aussi de dégager des axes d'améliorations. Dans cette section, ces éléments sont présentés du particulier au général.

1) Relatives aux approches psychosociales et médico-thérapeutiques

Selon la littérature sur la postcure, les mesures psychosociales prennent le pas sur les mesures médico-thérapeutiques. En Suisse allemande, les professionnel·le·s interrogé·e·s sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle les mesures psychosociales sont prioritaires dans les offres de postcure. Aux yeux de ces spécialistes, ces offres ont pour objectif de promouvoir l'autonomie des personnes concernées et de les accompagner dans leur réintégration dans différents domaines de la société. L'accent est mis sur différentes mesures psychosociales telles que l'intégration professionnelle, le passage à une situation de logement autonome, l'organisation des loisirs ainsi que le soutien dans les affaires administratives et

financières. Ce point de vue des professionnel·le·s correspond à ce que l'on trouve dans la littérature. L'approche psychosociale se reflète souvent dans la composition des équipes professionnel·le·s des offres de postcure. Il s'agit en général d'éducatrices et éducateurs spécialisé·e·s en travail social, ou encore de sociothérapeutes.

Plusieurs professionnel·le·s de Suisse alémanique ajoutent que le thème des assurances sociales – en particulier le soutien par rapport à l'aide sociale et à l'Assurance invalidité (AI) – prend beaucoup de place dans le cadre d'une postcure. Une professionnelle d'une institution zurichoise souligne par exemple que de nombreuses personnes concernées ont besoin d'un soutien pour passer de l'assurance sociale à l'AI lors de la postcure, car la procédure d'inscription est très compliquée. Certaines professionnelles interrogées ont également exprimé le souhait que les services des assurances sociales disposent de plus de ressources pour soutenir les personnes concernées dans ces démarches.

D'un point de vue financier, l'accès aux prestations de rente AI peut garantir au bénéficiaire un éventail de services en plus par rapport aux subventions de l'assurance sociale. Cette différence est ressortie dans le focus group avec les personnes concernées en Suisse italienne, selon lesquelles la réinsertion à la vie sociale après une période de traitement intensif résulte plus compliquée si l'on bénéficie des subventions de l'assurance sociale plutôt que de la rente AI. Cela est dû au fait qu'avec une rente AI, le statut de personne en situation d'invalidité est reconnu, par conséquent toute une série de mesures de réinsertion sociale peuvent lui être octroyées, par exemple la possibilité de commencer un parcours de réinsertion socio-professionnelle dans un atelier protégé. Ce sont souvent les individus ayant un double diagnostic ou polypathologies qui peuvent bénéficier d'une rente AI. En même temps, les subventions de l'assistance sociale sont adressées aux usager·e·s pour lequel·le·s l'addiction n'est pas reconnue comme facteur invalidant. Cela crée une stigmatisation rendant plus difficile à ces personnes l'accès à certains besoins, tels que un logement. Ces deux sources de financement sont susceptibles d'entraver la continuité dans la postcure. Ainsi les questions liées aux assurances sociales sont un aspect à ne pas négliger et qui s'inscrit dans l'approche psychosociale de la postcure.

Sur cette même thématique (approches psychosociales et médico-thérapeutiques), les perspectives des professionnels-le-s de Suisse romande présentent des particularités. Certaines personnes interrogées estiment que la définition induit une perception déformée de l'accompagnement addictologique en introduisant une sorte de déséquilibre entre prestations médicales et prestations d'ordre plutôt social ou psychoéducatif. Il y a implicitement dans la définition une hiérarchisation et priorisation des besoins de la personne : celle-ci devrait en premier lieu passer par une phase médicale, puis par une phase plus tournée vers le social, en l'occurrence la postcure. Cette vision est obsolète aux yeux de plusieurs personnes interviewé-e-s qui estiment que le modèle du rétablissement – dont l'approche est beaucoup plus intégrative et holistique – permet un rééquilibrage en se centrant sur les besoins et ressources de la personne. Ce sont ces dernières qui déterminent le type d'accompagnement, sans qu'il y ait une sorte de « marche à suivre » et une prédominance de certaines approches.

Il faut également prendre en compte que de nombreuses institutions au niveau national proposent un éventail d'offres et activités qui englobent les différents volets qui sont perçus comme complémentaires. On peut citer à titre d'exemple l'Arud Zentrum für Suchtmedizin dans le canton de Zürich qui propose aussi bien des prestations relevant de la médecine que du travail social, en passant par la psychiatrie et la psychothérapie, ou encore la Fondation du Levant dans le canton de Vaud qui propose plusieurs offres diversifiées dans des structures tantôt à prédominance socioéducative, tantôt psychosociales et médicalisées. En outre, les équipes de certaines institutions à vocation psychosociale ou sociothérapeutique intègrent des compétences médicales ou infirmières, comme c'est le cas à Genève avec l'association Argos.

En outre, comme on pourra le constater par la suite, une offre de postcure peut succéder à un accompagnement ponctuel au sein du secteur ambulatoire d'un établissement socioéducatif, ou à un séjour en institution résidentielle, sans qu'il y ait eu au préalable une phase de prise en charge en milieu hospitalier. Une professionnelle d'une institution zurichoise explique par exemple que l'offre de postcure est en principe à disposition de toutes les personnes qui subissent un changement de vie radical et qui ont besoin d'un soutien spécialisé à cet égard, indépendamment du fait qu'elles aient déjà eu recours ou non à une offre

résidentielle. Autrement dit, dans certaines situations et parcours, l'accompagnement s'effectue essentiellement dans le champ social et psychoéducatif. C'est aussi la raison pour laquelle les termes « cure » ou « postcure » sont appréhendés et utilisés avec précaution, voire avec un peu de scepticisme, tel que cela a été exposé précédemment. C'est particulièrement le cas en Suisse romande, mais cela correspond aussi à certaines opinions exprimées en Suisse alémanique.

En définitive, les pistes d'amélioration résident dans le décroisement disciplinaire et professionnel, afin d'éviter des dichotomies du type social versus médical. Autrement dit, la postcure dans le domaine des addictions ne peut pas être confiée exclusivement à un domaine de compétence spécifique, qu'il soit médical, psychologique ou social, mais elle doit plutôt représenter une imbrication synergique de ces trois dimensions. Cette perspective reflète la complexité de la question et la nécessité de l'aborder de manière holistique, en prenant en considération non seulement l'aspect biomédical, mais aussi les dimensions psychologiques et sociales, c'est-à-dire en travaillant dans une perspective pluridisciplinaire.

2) Relatives à l'intensité de l'accompagnement

Selon la littérature, la postcure se caractérise par une moindre intensité de l'accompagnement par rapport à l'offre précédente. L'intensité se réfère au nombre d'heures durant lesquelles les professionnel-le-s conseillent et accompagnent les bénéficiaires.

En Suisse allemande, les professionnel-le-s interrogé-e-s sont en général d'accord avec l'affirmation selon laquelle les offres de postcure se caractérisent par une moindre intensité. Néanmoins, d'une offre à une autre, l'intensité peut varier considérablement. Dans un cadre semi-résidentiel, où les personnes concernées habitent ou travaillent sur place (p. ex. Stadtlärm à Bâle et Terra Vecchia à Berne), l'intensité est plus élevée que dans le cadre ambulatoire (p. ex. Suchtberatung Nidwalden ou Suchtberatung Perspektive Region Solothurn-Grenchen). Ces différences entre les offres de postcure se reflètent également dans les entretiens avec les personnes concernées : une personne qui a bénéficié d'une offre de postcure

dans le cadre semi-résidentiel parle d'une intensité élevée et y voit un avantage, car elle permet d'assurer un suivi étroit et une transition accompagnée vers l'indépendance. Alors que les personnes qui ont eu recours à la postcure ambulatoire estiment que l'intensité est moindre en comparaison de l'offre précédente. Dans ce dernier cas, les consultations de postcure ambulatoires ont généralement lieu toutes les semaines au début, puis sont progressivement réduites à des séances bihebdomadaires et mensuelles.

En plus, plusieurs professionnel·le·s interviewé·e·s en Suisse allemande ont fait remarquer que l'intensité ne devrait pas être mesurée uniquement en fonction du nombre d'heures passées avec les bénéficiaires. Le travail de mise en réseau et de transition entre les prestations précédentes et l'offre de postcure est particulièrement intensif. Ce travail est effectué par les professionnel·le·s en arrière-plan ou en l'absence des bénéficiaires et il est cependant extrêmement déterminant pour la qualité de l'offre. L'ampleur de cette intensité dépend aussi fortement du bon fonctionnement de la collaboration avec d'autres institutions. Une personne interviewée d'une institution située à Soleure souligne que l'intensité de la postcure pourrait être encore moindre si la coordination avec les offres précédentes du domaine résidentiel fonctionnait mieux.

En Suisse romande, le critère de moindre intensité est également interrogé par les professionnel·le·s : est-il réellement pertinent ? Il est intéressant de se pencher sur la perspective d'un responsable de secteur d'une institution jurassienne, d'autant plus qu'il a une expérience professionnelle de plusieurs années en tant qu'infirmier en psychiatrie, et également une expérience significative dans une institution résidentielle, qu'il considère, au demeurant, comme relevant de la postcure (même s'il n'est pas convaincu par ce terme). Pour l'avoir accompagné, il connaît bien le processus de sevrage, et fait remarquer que, même si beaucoup de surveillance et d'évaluations physiques et psychiques sont nécessaires, l'épisode hospitalier est relativement court – soit d'une à trois semaines – et ne demande pas forcément une grande intensité, ni un haut degré de spécialisation, ni de compétences et connaissances pluridisciplinaires. A l'inverse, il souligne que le travail effectué en résidentiel se réalise sur des durées prolongées et comporte sa part de complexité et de pluridisciplinarité.

Un autre professionnel du canton de Neuchâtel émet aussi des réserves quant à la notion d'intensité en indiquant qu'il y a peut-être des aspects qui se caractérisent par une moindre intensité lors d'une postcure, par exemple d'ordre médico-thérapeutique, alors que d'autres se distingueraient plutôt par un degré d'intensité élevé, par exemple lors de la mise en place d'un réseau de soutien.

De la même manière, en Suisse italienne, les professionnel-le-s rapportent que l'intensité du suivi en postcure varie en fonction du besoin de la personne, en s'accordant généralement sur l'idée qu'au début du suivi l'intensité est plus forte puis s'adapte ensuite aux besoins exprimés par la personne concernée. Concernant ces dernières, elles ont exprimé lors du focus group que l'intensité du suivi en postcure est moindre par rapport à un traitement intensif. Cette perception peut être due au fait qu'il y a peu de structures semi-résidentielles dans le Canton du Tessin, contrairement aux autres régions. La transition d'une communauté thérapeutique à une structure ambulatoire résulte donc très marquée : les personnes passent d'un régime très structuré à un contexte où on leur demande un effort d'autorégulation important.

On l'aura compris, la notion d'intensité – qui est appréhendée de manière très différenciée selon les acteurs et actrices – peut générer certaines confusions. Dès lors, il conviendrait peut-être de mieux la clarifier, ou de ne pas en faire une caractéristique prépondérante de la postcure, voire de simplement la dépasser à la manière d'une professionnelle d'une fondation bernoise qui souligne que l'intensité dépend essentiellement des besoins de la personne, sans oublier non plus les questions financières, c'est-à-dire les ressources à disposition et la prise en charge des coûts.

3) Relatives à l'état stabilisé d'abstinence ou de consommation contrôlée

Il ressort de la littérature que le critère d'état stabilisé est souvent une condition nécessaire pour bénéficier d'une offre de postcure. L'état stabilisé comprend l'abstinence ou la consommation contrôlée. Les questions relatives à la stabilisation des consommations, que cela soit leur diminution et arrêt ou une meilleure gestion, ne font pas l'unanimité auprès des professionnel-le-s. L'importance accordée à cette caractéristique dépend beaucoup de l'orientation et des axes de travail de

l'institution. Dans certaines institutions, surtout en Suisse alémanique, l'abstinence ou la consommation contrôlée sont considérées, comme un facteur d'efficacité de la postcure, et/ou comme une condition de participation à un programme donné.

A l'inverse, d'autres professionnel·le·s expliquent que la stabilisation de l'état d'abstinence ou de consommation contrôlée n'est pas une condition d'accès aux prestations, ni un critère important à leurs yeux. On retrouve ce point de vue dans les trois régions linguistiques suisses, certaines personnes interviewées émettant certaines critiques et nuances, par exemple dans le canton de Fribourg, la directrice d'une structure résidentielle estime qu'il ne faut pas réduire la postcure à un « état stabilisé d'abstinence » : « *si une personne est dans un état stabilisé d'abstinence, elle n'a pas besoin de postcure, elle vit sa vie* ».

Une autre responsable de secteur d'une institution vaudoise introduit certaines nuances pertinentes à même d'enrichir la notion : premièrement, elle élargit en quelque sorte la notion, en indiquant que la stabilisation concerne également le rythme de la vie et la quotidienneté ; par exemple au sein d'une institution résidentielle, l'accent peut être mis sur l'hygiène, le sommeil, l'alimentation, ou encore la stabilisation par rapport aux médicaments. En second lieu, elle souligne qu'il serait plus approprié de parler de personnes qui ont « le désir d'expérimenter l'abstinence » au lieu de mentionner le fait que la postcure s'adresse à des personnes qui sont « dans un état stabilisé d'abstinence ». S'il n'y a pas de désir, d'envie ou de motivation, il conviendrait, selon elle, de parler davantage de réduction des risques (RDR) ou de consommation contrôlée.

On retrouve une perspective similaire chez les professionnel·le·s tessinois·e·s qui estiment que l'abstinence ne doit pas être considérée comme l'objectif fondamental ou la finalité des prises en charge. Les personnes interrogées ont souligné que, dans la plupart des cas, l'abstinence peut être un objectif inaccessible ou inapproprié pour certaines personnes ; il convient plutôt de travailler dans la perspective d'une consommation contrôlée et selon l'approche de la RDR. Cela signifie qu'au lieu d'essayer d'éliminer complètement la consommation de substances, les actions se centrent davantage sur la réduction des risques associés à la consommation et sur l'amélioration de la qualité de vie des patient·e·s. Une professionnelle note par exemple :

Le concept d'abstinence fonctionne pour certaines personnes, mais pas pour d'autres. Dans mon travail, je constate que pour beaucoup de gens, ce concept d'abstinence est quelque chose que l'on ne peut même pas demander, que l'on ne peut pas exiger. C'est aussi parce que l'abstinence est liée à la santé, oui, mais elle n'a pas grand-chose à voir avec le concept d'autodétermination [...]. Je parlerais plutôt du concept de réduction des risques, qui est fondamental, mais penser à l'abstinence comme critère de suivi, à mon avis, est impensable, cela signifierait que pour beaucoup, beaucoup de patients, il n'y aurait même pas de suivi¹⁴.

Il est intéressant de noter que si les professionnel·le·s en Suisse alémanique ne sont pas d'accord sur ce que recouvre exactement la stabilité, la plupart d'entre eux estiment qu'une certaine stabilité joue quand même un rôle important dans les offres de postcure. Ainsi, certain·e·s professionnel·le·s définissent la stabilité comme le fait que les bénéficiaires soient en mesure de gérer leur vie quotidienne de façon autonome – sans que des problématiques d'addiction interfèrent – afin de pouvoir se concentrer sur les mesures de la postcure comme l'intégration au travail ou la recherche d'un logement.

Plusieurs professionnel·le·s mentionnent également que le recours ou la participation à une offre de postcure doit se faire sur une base libre et volontaire. Il s'agit d'une condition indispensable, et plus importante encore que la question de l'« état stabilisé » à leur avis. Comme l'affirme une professionnelle d'une institution bernoise, la libre adhésion et la volonté de participer ont une influence positive sur la motivation des bénéficiaires. Une autre spécialiste de la région alémanique décrit la stabilité comme un état où les bénéficiaires font preuve d'un certain degré d'implication et sont en mesure d'honorer des engagements (p. ex. se rendre à des rendez-vous). Ce n'est qu'ainsi que l'offre de suivi peut être organisée de la manière la plus individuelle et la plus adaptée aux besoins des bénéficiaires.

¹⁴ Les fragments d'entretiens en italien et en allemand ont été traduits en français par les auteur·e·s du rapport.

4) Relatives à la temporalité et finitude de l'accompagnement

Un autre point relatif aux perceptions ou représentations biaisées que peut générer la définition de la postcure a été soulevé par des professionnel·le·s tessinois·e·s. Un spécialiste estime par exemple que la notion est trompeuse, car elle laisse entendre que l'accompagnement a une fin, alors qu'en réalité les soins se poursuivent fréquemment sur une longue durée, sans que l'on puisse « découper » le parcours en une série de phases distinctes. Pour ce professionnel, l'accompagnement de l'addiction est un processus unique qui remet en question les définitions traditionnelles du soin.

Pour parler de postcure, il faut savoir qu'il y a une guérison. Dans ce contexte (celui de la toxicomanie), nous devrions peut-être d'abord définir ce que signifie guérir, car une véritable guérison, dans la définition classique du terme (...) n'existe peut-être pas. Ou peut-être pourrions-nous également dire que la guérison est là, mais qu'elle ne s'arrête pas : elle dure dans le temps. Dans ce cas, il est inutile de parler de postcure, car la cure est toujours là.

En d'autres termes, l'accompagnement des problématiques d'addiction ne suit pas une séquence temporelle bien définie avec un début et une fin, mais constitue plutôt un engagement continu qui peut durer des années, voire toute une vie. L'une des personnes concernées interviewées en Suisse romande disait d'ailleurs en se référant à la fin de son séjour en institution : « *pour moi, la postcure, c'est le reste de ma vie* ». À cet égard, l'un des thèmes centraux qui ressort des entretiens est le concept de continuité : les professionnel·le·s interrogé·e·s soulignent que le processus de prise en charge des addictions nécessite un accompagnement constant et à long terme. Cela a été souligné dans les trois régions linguistiques, à l'instar des propos de cette professionnelle tessinoise qui explique :

Si je pense au terme italien de postcure, il me semble que c'est quelque chose de très défini dans un temps limité, mais au-delà du terme, en tant que concept, il me vient à l'esprit de dire qu'une personne qui sort d'une clinique ou d'une communauté, où elle entreprend un parcours de soins également au niveau "matériel" (...) pas seulement des soins psychologiques ou médicaux, mais aussi des soins pratiques... et donc l'après-soin est la préparation à la sortie de ce parcours, où les acteurs se chargent de mettre la personne en contact avec les

services du territoire, de lui trouver un appartement, peut-être un emploi. Bref, de créer un réseau sûr autour de la personne. Disons qu'il s'agit d'un accompagnement à long terme, où la continuité du soutien, de l'accompagnement de la personne est garantie. À la réflexion, c'est peut-être le terme qui ne convient pas. Parce qu'il me donne l'idée de quelque chose qui se termine, alors que dans notre sphère, l'accompagnement de la personne peut durer même des décennies, sans véritable fin.

En définitive, la plupart des professionnel·le·s au niveau national insistent sur le caractère processuel de l'accompagnement des personnes qui font face à des problématiques d'addiction, et sur le fait que ces dernières ont fréquemment besoin d'un soutien dans la durée, du fait d'une certaine chronicité de ces problématiques. Autrement dit, il s'avère difficile de penser en termes de « traitement ponctuel », c'est-à-dire que la personne soit prise en charge, effectue un sevrage et/ou une thérapie et que l'on assiste à un « retour à la normale ». Au contraire, une continuité des soins est essentielle afin de maintenir les résultats qui ont pu être obtenus et de faire en sorte que la personne concernée puisse faire face aux défis à long terme que pose l'addiction.

Les informations recueillies auprès des personnes concernées vont dans le même sens : lors d'un entretien en Suisse alémanique, la personne interviewée met par exemple l'accent sur la longueur du processus pour mieux comprendre et prendre du recul par rapport à ses problématiques d'addiction. Elle pensait initialement qu'elle serait guérie au terme d'une thérapie de trois mois, et qu'elle pourrait reprendre normalement le cours de sa vie. Elle explique qu'il lui a fallu beaucoup de temps pour comprendre qu'il en allait autrement dans la réalité.

La perspective est intéressante au sens où cela traduit à la fois la nécessité pour les personnes concernées de bénéficier de suivi sur le long terme, selon leurs besoins, mais aussi le fait que le « découpage » du parcours de santé en différentes phases induit des représentations qui peuvent être en décalage avec l'expérience vécue. Dans la situation évoquée ci-dessus, la personne a progressivement réalisé que la thérapie dans le domaine des addictions n'équivaut pas forcément à une rémission des symptômes et guérison au sens classique des termes, d'où un travail de sensibilisation à effectuer à ce sujet de la part des professionnel·le·s.

5) Relatives au caractère séquencé de l'accompagnement

Étroitement lié aux dimensions susmentionnées, le principal point d'achoppement aux yeux de la grande majorité des professionnel-le-s interviewé-e-s réside dans le fait que le concept de postcure renvoie à une vision à la fois séquencée, linéaire et chronologique de l'accompagnement addictologique dans un parcours de soin : celui-ci est composé de différentes phases ou étapes qui garantissent le succès de la démarche. Comme évoqué auparavant alors qu'il était question du changement de paradigme par rapport au modèle traditionnel de prise en charge dans le domaine des addictions, force est de constater que les professionnel-le-s dans les trois régions linguistiques ne se reconnaissent pas, ou de moins en moins, dans ce type d'approche. Cela est dû au fait que le suivi addictologique a un caractère cyclique, où la postcure peut commencer et terminer plusieurs fois pour une même personne. Le caractère chronique de la maladie amène la personne à avoir des rechutes dans la consommation problématique, après lesquelles il convient de repartir avec le parcours de soin.

Dans le cadre de cette enquête, la plupart des professionnel-le-s rejoignent ce point de vue. Cela se doit notamment au fait que, comme le résume un professionnel d'une institution située à Zürich, « *il est difficile de décrire un déroulement idéal. Il y a autant de parcours de soin que de personnes* ». En effet, la majorité des professionnel-le-s mettent l'accent tantôt sur la singularité des trajectoires de soin, tantôt sur leur caractère complexe et itératif. Le concept de « postcure » introduit explicitement la notion de phases ou d'étapes, et renvoie implicitement à une linéarité des parcours. C'est vraisemblablement l'une des raisons pour lesquelles les professionnel-le-s se reconnaissent parfois peu dans ce concept. On peut citer plusieurs exemples pour illustrer cette perspective.

Le directeur d'une fondation vaudoise souligne qu'il faudrait proposer des prestations plus intégratives. Il estime qu'à trop vouloir séquencer les parcours, on court le risque de générer de la frustration, aussi bien chez les personnes concernées dont le parcours ne correspondrait pas aux typologies établies, que chez les professionnel-le-s qui terminent par interroger aussi leurs pratiques. Il rajoute que « *ce n'est pas : phase 1, phase 2, phase 3... La personne elle a peut-être déjà vécu 5 hospitalisations, donc de lui parler d'une énième phase intensive, derrière un énième sevrage, derrière une énième phase de suivi, il faut plutôt parler de rétablissement* ».

Ce constat se reflète également dans les entretiens avec les personnes concernées. Certaines d'entre elles racontent par exemple qu'elles n'ont eu recours à une offre de postcure qu'après des séjours répétés en résidentiel, ce qui correspond peu à une vision linéaire de l'accompagnement.

Le responsable de secteur d'une fondation neuchâteloise signale également que l'institution accompagne des personnes qui se trouvent dans des situations très diverses. Cependant, quelle que soit la gravité et complexité de la situation, la majeure partie des personnes ne font pas de cure – entendue, dans ce cas, comme sevrage en milieu hospitalier – ni de séjour en résidentiel. La perspective n'est pas sans intérêt, car elle montre qu'une phase de traitement plus intensive, par exemple en milieu hospitalier, ne précède pas de façon systématique la postcure. Il explique également que le fait de comparer cure et postcure oppose en quelque sorte les deux notions en les essentialisant au travers de critères qui seraient propres à chacune, alors qu'en réalité ce n'est pas aussi simple. Il cite l'exemple du séjour en milieu hospitalier qui peut être un moment propice à la mise en réseaux avec les dispositifs de soutien, tandis que cette même mise en réseau peut d'avérer parfois compliqué lorsque l'accompagnement s'effectue en ambulatoire.

La perspective du directeur d'une fondation valaisanne rejoint celles de ses confrères romands, tout en formulant des pistes d'amélioration et des propositions pour s'affranchir d'une vision trop linéaire des parcours de soin qui comporteraient un agencement d'étapes, dont la postcure. Il estime que le parcours de soin doit être orienté vers la construction d'un projet de vie, et qu'il faut partir de l'évaluation d'une situation donnée pour proposer des prestations de manière modulable. Il rappelle que dans la société en général une minorité de personnes ont besoin d'un accompagnement addictologique, même si la consommation de produits est largement répandue. Il estime que ce chiffre ne va pas au-delà des 10%. Si l'on se penche sur ces 10%, 9 personnes sur 10 n'ont besoin que d'un suivi en ambulatoire, tandis qu'une personne sur 10 aura besoin d'un accompagnement intensif en résidentiel étant donné la gravité et complexité de la situation. Il explique que dès lors l'enjeu pour son institution, c'est de proposer une orientation qui soit en adéquation avec la situation personnelle et la motivation de la personne. Dans le modèle *Stepped care* de l'institution, les consultations ambulatoires sont en quelque sorte la porte d'entrée vers un accompagnement plus ou moins intensif : une

évaluation et un entretien motivationnel sont réalisés en premier lieu au moyen d'outils développés par le groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ), tel que l'IGT (Indice de Gravité de Toxicomanie) et la grille DEBA (Détection et Évaluation des Besoins d'Aide). Ce premier contact au cours duquel la personne peut faire part de ses envies, de ses objectifs ou de ses projets détermine la suite de l'accompagnement qui reste flexible, tant du point de vue des prestations à mettre en place que des cadres d'interventions, en passant par les partenaires qui sont mobilisés.

4.2.3 Représentations de la postcure et points de convergence

Au-delà des critiques et possibles confusions qui ont été abordées dans la section antérieure, l'analyse des informations recueillies met en évidence certaines représentations et points de vue partagés à l'échelle nationale. En premier lieu, on voit émerger deux représentations de la postcure, représentations qui ne sont pas forcément antagonistes, mais qui, une fois encore, montrent qu'un certain flou conceptuel subsiste autour de ce type d'offres.

1) Visions prédominantes

La première est globalement en phase avec la définition. Une partie des professionnel-le-s des addictions – une majorité dans la région alémanique, une minorité au Tessin et en Suisse romande – estiment que la notion reflète plutôt bien leurs pratiques (même s'ils apportent parfois des nuances et précisions), en particulier au sujet de l'approche principalement psychosociale, ou encore concernant le fait que ce type de prestation succède à une phase de traitement plus intensive, notamment un sevrage en milieu hospitalier, ou un séjour dans une institution résidentielle sociothérapeutique. Une partie des professionnel-le-s interrogé-e-s en Suisse alémanique s'accordent également sur le caractère ambulatoire de l'accompagnement.

La seconde conception de la postcure renvoie précisément au séjour en résidentiel (offres semi-résidentiel) à la suite d'un sevrage, l'objectif étant tantôt d'expérimenter, tantôt de maintenir ou encore de consolider l'abstinence, pour reprendre de termes utilisés par les professionnel-le-s. Dans cette optique, il s'agit de proposer aux

bénéficiaires un accompagnement plus étroit en vue d'assurer une réinsertion dans la société et une transition sans heurts.

On retrouve exactement ces deux cas de figure en analysant les échanges entre personnes concernées lors du focus group dans le canton de Vaud. Dans l'optique de certains, le séjour en résidentiel est apparenté à une « cure », et la postcure renvoie au suivi qui est effectué à la fin du séjour. L'un des participant·e·s affirme par exemple : « *pour moi ici [dans le centre résidentiel] on est en cure, donc pour moi la postcure, c'est quand on quitte la thérapie et l'établissement* ». Ce point de vue se retrouve également dans les entretiens menés avec des personnes concernées en Suisse alémanique. Certaines considèrent la postcure comme une offre ambulatoire qui suit leur séjour en résidentiel.

Dans le second cas de figure, les personnes associent la cure à la « cure de désintoxication », et par conséquent la postcure équivaut à l'accompagnement qui est réalisé à la suite du séjour de sevrage en milieu hospitalier, en l'occurrence au séjour dans une institution résidentielle. L'une des participant·e·s l'explique de cette manière :

Déjà « post », ça veut dire « après », donc la postcure c'est ce que l'on fait après une cure de désintoxication, et je trouve que c'est bien de faire une postcure, parce que souvent quand on fait un sevrage et qu'on arrive à se débarrasser de son addiction, il y a un retour de manivelle et on essaye de compenser avec un autre produit. (...) C'est un peu un moyen de voir de continuer la thérapie et essayer de rester sobre et continuer d'avoir un suivi pour justement pas rechuter avec un autre produit ou le même produit.

Comme mentionné, une conception n'empêche pas forcément l'autre. La directrice d'une institution résidentielle dans le canton de Fribourg explique par exemple que selon elle, la postcure renvoie à deux situations : 1) au séjour en résidentiel qui suit le sevrage à l'hôpital, et 2) « *La deuxième définition (...) c'est quand la personne fait un séjour en résidentiel, par exemple ici, et quand elle sort, quand elle a terminé son séjour, on l'accompagne dehors, par exemple pour trouver un appartement* ». Elle nuance donc quelque peu la définition : elle estime qu'il ne faut pas restreindre la postcure uniquement au domaine ambulatoire.

2) Flexibilité et adaptation des offres selon les besoins

Comme constaté à l'issue de l'enquête par questionnaire, s'il y a une dimension qui fait pratiquement l'unanimité, c'est le fait que la personne doit se trouver au centre des attentions : ce sont les offres qui doivent s'adapter à ses attentes et ses besoins, et non l'inverse, c'est-à-dire que la personne soit tenue de s'adapter à un nombre relativement restreint d'options. Cette conclusion est en accord avec le concept théorique selon lequel les services de postcure sont flexibles et personnalisés.

On retrouve en effet cette idée transversale à plusieurs reprises dans les sections antérieures. D'aucun s'accorde à dire que les accompagnements addictologiques devraient être fortement individualisés et non standardisés. Chaque individu fait face à l'addiction d'une manière unique, il est donc essentiel d'adapter la prise en charge aux besoins spécifiques de chaque personne. La flexibilité du projet d'accompagnement est cruciale, car les besoins et les progrès des personnes peuvent évoluer au fil du temps. Le suivi doit donc être capable de s'adapter à cette évolution et aux changements qui peuvent survenir dans le parcours de soin : comme les problématiques d'addiction impliquent souvent des cycles de rechute, il est important que les soins soient prêts à modifier le projet d'accompagnement en fonction des progrès ou des difficultés de la personne, et en se concertant avec elle pour définir les orientations. Cela nécessite un suivi constant et une communication ouverte entre le patient et les prestataires de soins. Un professionnel tessinois qui travaille en milieu clinique résume la situation de la manière suivante :

La flexibilité est certainement un mot qui est bien associé à une maladie chronique, parce que, selon l'état du patient à un moment donné, il se peut qu'il ait besoin d'une admission, puis d'un traitement plus structuré et intensif, puis qu'il sorte, fasse une période en ambulatoire, que les choses s'arrangent, mais qu'il ait à nouveau besoin d'une admission. C'est la réalité, c'est comme ça que ça marche en général : il faut constamment adapter l'intervention en fonction de la situation.

Il a été mentionné dans les résultats de l'enquête par questionnaire que les thématiques, à l'instar de la flexibilité et de l'individualisation des offres, sont devenues des maîtres mots, aussi bien dans le champ des addictions que, plus largement, dans les réseaux sociosanitaires. Au vu des éléments qualitatifs, on peut

rajouter que comparativement à d'autres types de prestations, une attention spéciale doit être portée à la souplesse, modulabilité et personnalisation des mesures dans le cadre d'une offre de postcure, étant donné qu'il s'agit par essence d'une transition ou d'un « moment charnière » qui comporte des défis et difficultés : bouleversements des habitudes, changements de personnel, de lieux ou de cadre de vie, d'activités, d'horaires, etc., soit autant de dimensions qui peuvent générer du stress, de l'anxiété, des doutes ou encore des remises en question.

De ce point de vue, la dimension relationnelle prend aussi beaucoup d'importance et selon les professionnel·le·s dans les trois régions linguistiques. Une relation de confiance entre les professionnel·le·s et les bénéficiaires est une condition préalable pour que les personnes concernées expriment leurs besoins et obtiennent un soutien approprié. Cette relation de confiance favorise aussi un accès à bas seuil aux offres de postcure, comme le dit une professionnelle d'une institution. Cet aspect a aussi été mentionné dans les entretiens auprès des personnes concernées qui apprécient cette relation et le contact régulier avec les professionnel·le·s. Cette relation permet aux personnes concernées d'aborder différentes questions et incertitudes et constitue une ressource dans les périodes compliquées et pour prévenir d'éventuelles rechutes. Une personne concernée souligne les bonnes relations qu'elle a nouées avec les professionnel·le·s de l'offre de postcure et le fait qu'elles sont encore très précieuses aujourd'hui, car même après la postcure, on sait toujours à qui s'adresser dans les moments difficiles.

3) Coordination des offres et travail en réseau

Face aux constats susmentionnés, la plupart des professionnel·le·s estiment – en accord avec les éléments théoriques – que le travail en réseau et une coordination efficace entre les différents acteurs et actrices sont primordiaux dans le cadre de postcures ou de suivis. D'une part il est considéré comme nécessaire d'établir un bon réseau avec les prestataires de l'offre précédente, afin de garantir une continuité pendant la transition vers la postcure. D'autre part, il est important selon les professionnel·le·s de travailler en étroite collaboration avec d'autres services qui jouent un rôle pendant la postcure (p.ex. aide sociale, organismes employeurs, offres de loisirs), car une seule institution ne peut généralement pas couvrir tous ces domaines.

Plusieurs professionnel·le·s soulignent que la mise en réseau et connaître les offres de la région, afin de pouvoir trouver une offre appropriée pour les bénéficiaires (p. ex. emploi protégé, possibilité de logement) implique un effort et des ressources supplémentaires. Une professionnelle d'une institution à Soleure observe en plus que le travail de coordination a augmenté ces dernières années en raison de la complexité croissante des situations et du besoin de soutien accru des bénéficiaires.

Un autre aspect intéressant concernant la coordination a été mentionné par les professionnel·le·s des cantons de petite taille. Par exemple, les professionnel·le·s de cantons tels que Soleure ou Nidwald considèrent l'exiguïté du territoire comme un avantage. Dans ces conditions, il est plus facile de travailler en réseau, d'interagir, d'acquérir une certaine notoriété dans la région et de bien connaître les différentes institutions, leurs approches, leurs missions ou encore leurs champs d'action respectifs, soit autant d'éléments qui sont pertinents pour la collaboration.

Par rapport à la coordination avec les offres précédentes, il y a un aspect en particulier qui a été mentionné par plusieurs professionnel·le·s de Suisse alémanique, et dans une plus faible mesure en Suisse romande : Il y a un travail considérable de mise en réseau et de coordination à fournir lorsque les bénéficiaires ont eu précédemment recours à une offre d'une institution médico-hospitalière (p.ex. services psychiatriques). Dans ce cas, les professionnel·le·s de la postcure ne sont souvent pas impliqué·e·s en amont dans les travaux préparatoires relatifs à la sortie des patient·e·s des institutions médico-hospitalière. En effet, le rapport de sortie n'est pas systématiquement fourni et les professionnel·le·s de la postcure se doivent de rassembler eux-mêmes les informations concernant les personnes concernées. Il n'est pas rare que ces dernières doivent trouver par elles-mêmes le chemin vers l'offre de postcure à la sortie de l'institution hospitalière. Les professionnel·le·s interviewé·e·s voient l'origine de ces circonstances surtout dans la fluctuation élevée du personnel ainsi que dans l'absence de possibilités de décompte des travaux de mise en réseau dans les institutions médico-hospitalières. En revanche, la collaboration avec les institutions socioéducatives est généralement perçue comme fonctionnant très bien.

Les personnes interrogées identifient aussi certains obstacles par rapport à la coordination entre les différents services impliqués dans la postcure. L'une des

principales difficultés est liée au manque de communication. Ce problème est souvent lié à la méconnaissance des compétences et des ressources de chaque service. Une professionnelle tessinoise évoque ces écueils de la manière suivante :

Il est vrai que dans notre travail, on ne peut pas définir clairement jusqu'où je vais, jusqu'où tu vas. Parfois, vous faites des choses qui sortent un peu de votre mandat spécifique, mais vous le faites pour aider l'usager. Mais il est important, selon moi, de se parler, de se dire en tant que professionnels : « Écoutez, je vais jusqu'ici, où allez-vous ? ». [...] Il me semble que parfois on y va un peu par hypothèse, comme dans les réunions avec le réseau « mais peut-être que vous pouvez faire ça » au lieu de demander « est-ce que vous pouvez faire ça ou pas ? ». Il m'est également arrivé d'entendre des phrases, même entre collègues, telles que « mais pourquoi ne font-ils pas ceci ? Tant pis, je m'en occuperai ». Nous devons nous confronter au sein du réseau, mais cela est utile non seulement pour nous, professionnels, afin de comprendre qui fait quoi, mais aussi pour l'usager, afin de lui donner des références claires, car vous savez aussi que souvent, si nous n'avons pas de ligne commune, nos utilisateurs s'y complaisent.

Les personnes interrogées soulignent qu'une communication déficiente peut conduire à un traitement fragmenté et inefficace pour les patient-e-s. Une professionnelle d'une institution située dans le canton de l'Argovie voit une possible solution à ce problème dans l'organisation des tables rondes avec toutes les institutions qui sont impliquées dans la postcure (p.ex. aide sociale, AI, curatelle) afin de clarifier les responsabilités entre eux. Une professionnelle tessinoise soutient également l'importance d'organiser des tables rondes avec les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la postcure afin de promouvoir la coordination entre les institutions concernées. Elle souligne l'importance de la mise en place de tables rondes avec aussi bien des professionnels du terrain que des responsables de services ce qui permet de concilier les approches top-down et bottom-up. Un autre problème critique identifié concerne l'absence d'une figure centrale pour coordonner l'intervention pendant la postcure, en particulier lorsque le réseau actif est très vaste et implique plusieurs organisations et professionnel-le-s. L'absence d'un-e référent-e (également appelé « coordinateur/trice en santé », « case manager » ou « gestionnaire de cas ») peut entraîner une certaine confusion, un chevauchement des services ou des lacunes dans l'accompagnement.

La troisième difficulté qui est apparue concerne la culture du travail en réseau : selon les personnes interrogées, dans la vie professionnelle quotidienne, il apparaît que les spécialistes ont tendance à se concentrer sur leurs propres tâches et objectifs spécifiques, en oubliant parfois l'objectif commun qui est le bien-être de la personne accompagnée. Ce type d'attitude peut également entraver la coordination et la collaboration entre les services de postcure. La perspective critique de cette professionnelle tessinoise illustre bien cette difficulté :

Parfois, la réunion de réseau est une réunion de direction : ce que je fais, ce que tu fais, ce que l'autre fait : nous sommes tous d'accord, merci et au revoir. Le contenu de la réunion de réseau est de nature très exécutive. À mon avis, cependant, le travail en réseau devrait également être quelque chose de plus méta-réflexif, non seulement ce que nous faisons, mais aussi comment nous le faisons, comment nous nous sentons dans cette situation, pourquoi nous le faisons de cette manière. Si nous organisons des réunions avec un contenu uniquement exécutif, nous ne construisons pas vraiment une mentalité de réseau, mais chacun reste dans son individualité, ce qui est très bien, mais vous voyez, ce n'est donc qu'une façade de mise en réseau, parce que chacun mène sa propre action, en fonction de son intérêt professionnel.

Afin de surmonter ces obstacles, il est important de prendre en considération certaines recommandations qui sont ressorties des discussions avec les personnes interrogées : premièrement, les services devraient s'efforcer d'améliorer la communication entre eux. Cela pourrait se faire par le biais de réunions régulières, du partage d'informations sur les patient-e-s et de la création de procédures standardisées pour le partage d'informations.

La désignation d'une personne référente pour le réseau et chargée de coordonner l'intervention pendant la période de postcure peut s'avérer cruciale. Comme l'explique une professionnelle vaudoise :

Le résidentiel doit toujours tenir compte que le résident, il a un « avant » et un « après » ; pour avoir travaillé longtemps en ambulatoire, je pense qu'en résidentiel il faut que l'on prenne compte qu'il avait un réseau – en tous cas on espère, si non, on doit le constituer – souvent les résidents ont un réseau avant qui a amené la personne à un sevrage, et puis à une postcure, en visant un retour

à domicile ou une autonomie la plupart du temps, ou bien à une autre institution. La personne qui l'accompagne, ou le réseau qui l'accompagne en amont, doit être maintenu tout au long du parcours, d'autant plus en résidentiel, mais il faut prendre en compte qu'il y a un « après », et que le bénéficiaire va compter sur la personne de confiance qui est le fil rouge et qui accompagne la personne sur tout son parcours. C'est très dommage de les perdre en route.

Dans cette optique, un·e référent·e pourrait jouer ce rôle de « fil rouge » en veillant à ce que tous les besoins de la personne soient satisfaits de manière coordonnée. Cependant, cela demande aussi que les praticien·ne·s soient formé·e·s à l'importance de la collaboration et à une culture de travail en réseau.

En examinant les propos des personnes concernées qui ont été interviewées, on peut constater que le travail en réseau, et une bonne communication entre services et professionnel·le·s, facilitent grandement les transitions dans le parcours de soin, et de manière générale le succès de telle ou telle mesure, notamment de réinsertion socioprofessionnelle. Par exemple, une personne de Suisse alémanique manifeste le fait qu'elle a apprécié qu'un lien ait déjà été effectué durant le séjour en résidentiel et qu'elle ait été informée au préalable des options de postcures ou de suivis. Cela lui a laissé le temps de réflexion, soit de pouvoir peser le pour et le contre, et de prendre la décision la plus judicieuse possible sur les orientations futures de son parcours. A l'inverse, les transitions plus abruptes, soit que la personne cherche par elle-même des options de postcure à la sortie du résidentiel, sans qu'il y ait eu un travail préparatoire d'échange et de concertation, peuvent être un facteur de rechute.

Enfin, les professionnel·le·s ont souligné que le parcours de soins ne se limite pas à l'institution ou à la communauté, mais qu'il implique également la région environnante. La postcure est en effet assurée par la construction de réseaux de soutien, en accédant aux ressources locales et en créant des opportunités de (ré)insertion socioprofessionnelle. Ces réseaux de soutien constituent un élément clé pour assurer la continuité de l'accompagnement addictologique. Il peut comprendre aussi bien des services sociaux, des groupes d'entraide, des thérapies individuelles et familiales, et la participation de la communauté. En effet, la personne concernée a besoin de se sentir soutenu et compris en dehors du cadre clinique, ainsi, le réseau est crucial pour prévenir les rechutes et promouvoir le rétablissement à long terme.

On retrouve aussi en partie ces dimensions dans les entretiens réalisés auprès de personnes concernées particulièrement concernant les groupes d'entraide. L'une d'entre elles estime par exemple que sa participation à ce type de groupes d'échange entre pairs a eu plus d'effet dans son processus de rétablissement que toutes les autres offres de soutien auxquelles elle a pu bénéficier durant sa trajectoire de soin. De manière générale, les autres personnes interviewées signalent également que le fait de pouvoir dialoguer et échanger avec des personnes vivant des situations similaires, et dans un cadre plus informel et moins structurant, a joué un rôle important dans leur parcours de santé.

4.3 Triangulation des données recueillies et analysées

4.3.1 Diversité des settings

Au regard de l'analyse des informations collectées, force est de constater qu'une posture peut s'effectuer dans une variété de lieux et sous diverses modalités. Elle se déroule fréquemment dans un milieu ambulatoire qu'il soit hospitalier ou socio-éducatif (avec des consultations ou réunions, par exemple en clinique de jour, en centre de jour ou dans des lieux qui hébergent des groupes de paroles), mais également résidentiel (« résidentiel » entendu comme un lieu de vie). Dans ce cas, il y a plusieurs cas de figures : les établissements socio-éducatifs résidentiels, les lieux « semi-résidentiels » où l'on travaille également en journée, ou encore les appartements dit « protégés » ou « de transition ». En outre, l'« aller-vers » prend également une place de plus en plus importante dans les postures avec des visites à domicile. Enfin, possible conséquence de la pandémie de Covid-19, les offres de téléconsultations se sont également développées, les plateformes digitales offrant également des services qui peuvent s'avérer pratiques selon les situations.

4.3.2 Rôles de la posture

D'après les résultats de l'analyse, la posture s'articule autour de plusieurs grandes orientations qui sont liées et interdépendantes : de manière générale, elle vise à favoriser l'autonomie des personnes, à travers un renforcement ou maintien des acquis – soit des connaissances, compétences et aptitudes qui ont été préalablement

appries ou travaillées – tout en créant un environnement social propice à ces accomplissements.

Comme l'on fait remarquer un certain nombre de professionnel·le-s, il convient que les personnes concernées soient parties prenantes et adhèrent à la démarche de soin. Dans cet ordre d'idée, elles doivent être bien informées sur les possibilités de postcure et les diverses options institutionnelles, puis consultées, afin qu'elles aient un pouvoir de choix et de décision, ainsi qu'un rôle actif dans leurs parcours de santé. Cela implique également que les professionnel·le-s aient une certaine vision de la prise en charge – soit d'un accompagnement qui s'inscrit dans la continuité et se démarque d'une approche compartimentée et cloisonnée – qu'ils ou elles puissent promouvoir et transmettre aux personnes concernées. Il conviendrait en effet de prendre davantage en compte ces aspects afin de nuancer la dimension top-down de la définition issue de la revue de littérature, où l'on peine à discerner la place laissée à l'autodétermination de la personne concernée.

Les modalités d'intervention dépendront de la situation des personnes, et doivent s'adapter à leurs attentes et à leurs besoins, mais aussi à leurs projets et leurs aspirations. En effet, chaque parcours est unique, tel que cela a été souligné à maintes reprises, et tel que le reflètent les trajectoires des personnes concernées qui ont été interviewées. Alors qu'une personne aura besoin de formations ou de stages pour se réinsérer dans le monde professionnel, une autre nécessitera plutôt un renforcement de ses compétences relationnelles, une troisième un soutien pour mieux gérer son quotidien ainsi que ses démarches administratives, tandis qu'une quatrième aura plutôt besoin d'aide pour trouver un logement.

Il s'avère ainsi difficile de concevoir une définition fixe et rigide de la postcure, tant cette dernière se doit d'être flexible et dynamique. Sur la base des informations recueillies, on peut toutefois identifier un certain nombre d'axes de travail.

- **Renforcement des compétences psychosociales à des fins de (ré)insertion:** qu'elle soit sociale ou professionnelle, cette réinsertion s'appuie sur un certain nombre de compétences qui ont généralement été réactivées, parfois lors d'un premier accompagnement en ambulatoire, ou lors d'un séjour dans une institution résidentielle. Il peut s'agir aussi bien d'aptitudes élémentaires, très centrées sur la personne, par exemple la structuration du

temps et des tâches au quotidien, que de compétences sociocognitives visant à améliorer les interactions de la personne avec son environnement au sens large : relations avec autrui, soutien dans les démarches diverses (administratives, financières, emploi, logement, soutien lié à l'aide sociale, etc.). Même si cela ne concerne pas la majorité des prestations, il convient d'ajouter que certaines institutions effectuent également un travail de médiation avec les gérances d'immeuble et/ou le voisinage lors de soutien à la recherche de logement. Cela ouvre des perspectives : la posture peut aussi être entrevue comme un travail de médiation entre la personne et son environnement.

- **Prévention de la rechute et gestion des situations de crise** : comme abordé à plusieurs reprises au cours du rapport, les parcours de soin sont loin d'être rectilignes et uniformes. Il y a fréquemment des « hauts et des bas », comme dans tous les parcours en général, indépendamment de l'addiction. Toutefois, lors de problématiques d'addiction, la personne se trouve particulièrement vulnérable, avec parfois des situations de comorbidité psychique. L'un des rôles fondamentaux de la posture est d'agir comme un filet de sécurité : savoir être réactif et accessible en cas de crise ou de rechute, par exemple au travers d'une personne de contact et/ou en proposant un hébergement protégé si nécessaire. Cela passe aussi par les conseils et orientation des personnes concernées, lors de moments difficiles et selon leurs besoins et situations (écoute, outils de gestion de la consommation, réduction des risques, traitement de substitution, notamment).
- **Accessibilité et continuité des offres** : étroitement lié avec le point précédent, il est fondamental d'assurer l'accessibilité et la continuité des prestations, précisément pour éviter des ruptures dans les parcours et que des personnes qui auraient besoin de soutien soient laissées pour compte, ce qui constitue un facteur de rechute et/ou de crise. La gestion des moments de transition est donc cruciale au cours duquel le travail de case management peut grandement fluidifier la coordination des offres. Il s'agit d'un axe de travail des professionnel-le-s de la posture, même si plusieurs pointent du doigt le manque de ressources pour fournir des prestations à la hauteur des ambitions collectives. Au-delà du case management, certaines institutions ont

mis en place des mesures ou des principes visant à améliorer l'accessibilité des prestations et pouvant servir d'exemple : accueil inconditionnel, prises de contact possible en dehors des heures de bureau en cas de difficulté, ou encore réactivité dans l'accompagnement (pas de listes d'attente). Un facteur important d'accessibilité est le travail relationnel, car il crée une base de confiance avec les personnes concernées, ce qui leur permet d'exprimer plus facilement leurs besoins et d'accepter un soutien.

- **Accompagnement de l'entourage** : il s'agit également d'une dimension importante au sens où les proches se voient fréquemment impactés par l'addiction d'un parent. En même temps, cet entourage peut aussi constituer une ressource précieuse en termes de soutien, et jouer un rôle important dans le retour à la « normalité ».
- **Actions favorisant les échanges et le partage d'expériences** : dimension non négligeable, les différents groupes de parole constituent un volet à part entière de la postcure. L'analyse des informations recueillies montre qu'il y a une grande variété de groupes, les plus connus étant les Alcooliques et Narcotiques Anonymes. Il y a également des groupes de parole intra ou extra institutionnels avec des modalités et approches différentes (parfois avec thérapeute, orientés aussi bien sur l'expérimentation de l'abstinence que sur la consommation contrôlée), et s'adressant à des public cibles divers (femmes ou hommes uniquement, ou mixtes, et parfois à l'intention des proches et des minorités issues de la migration). Ces groupes à vocation d'entraide et de partage des savoirs expérientiels ont un véritable potentiel en termes de soutien, de prévention de la rechute, ou encore de consolidation des acquis.

4.3.3 Caractéristiques de la postcure : discussions

Dans un premier temps, le propos se centre sur des critiques et observations d'ordre général qui ont été formulées par les professionnel-le-s des addictions, et dans une certaine mesure par les personnes concernées. Il se centre ensuite plus spécifiquement sur des dimensions plus spécifiques de la définition qui constituait le point de départ de la recherche.

1) Considérations générales

D'un point de vue général et tel que cela a été soulevé à diverses reprises, la terminologie gagnerait à être revisitée. Plusieurs facteurs sont identifiés : premièrement, les termes de « cure » ou « postcure » à connotation médicale se trouvent en décalage avec l'évolution des paradigmes dans le champ des addictions où les professionnel-le-s tendent à percevoir les parcours de soins sous l'angle de la chronicité et du rétablissement, et non de la linéarité avec des phases prédéterminées qui conditionneraient le « succès » d'un parcours, telle une marche à suivre, ou une recette.

En effet, la plupart des professionnel-le-s interviewés mettent en avant la variété des situations et problématiques, ainsi que la diversité des parcours – sans compter les « hauts et les bas » au sein d'un même parcours – phénomènes qui invitent également à envisager une multiplicité de réponses dans une approche pluridisciplinaire. A ce titre, et même si la majeure partie des offres institutionnelles procèdent plus du domaine « psychoéducatif » que « médico-thérapeutique » (pour reprendre les catégories de la définition), plusieurs voix s'élèvent contre le cloisonnement disciplinaire, et l'opposition d'approches qui devraient être plutôt perçues sous le jour de la complémentarité.

En outre, les termes de « cure » ou de « postcure », en particulier en français et en italien, sont loin de faire l'unanimité auprès des personnes concernés qui y voient un côté stigmatisant. Dans cette optique, l'adhésion à un projet de soin, en l'occurrence de postcure, pourrait se voir compromise ou restreinte.

Compte-tenu de ces éléments, il est préconisé de limiter l'usage de ce concept jugé peu adapté, ni porteur, en particulier dans la région francophone, d'autant plus qu'il génère certaines critiques et confusions. La notion de « soins continus » ou d'« accompagnement continu » pourrait être privilégiée, les « soins » englobant davantage de dimensions dans sa signification, soit les aspects social, médical, psychologie, ou encore l'idée de bien-être qui fait écho au modèle du rétablissement.

2) Points spécifiques

Dans cette sous-section sont mis en évidence des dimensions particulières de la définition issue de la revue de littérature qui font aussi bien l'objet de questionnements ou de remises en question, à l'instar de l'intensité moindre du suivi ou de l'état stabilisé de la personne, que d'aspects qui sont largement plébiscités.

A) Intensité moindre de la postcure

Le fait que la postcure survient après une « phase de traitement plus intensive » fait l'objet de discussions, voire parfois de remises en question. Bien que non dépourvue d'intérêt, cette perspective, inspirée par l'American Society of Addiction Medicine (ASAM), renvoie une fois encore à une conception assez linéaire et standardisée des parcours de santé, avec des niveaux et sous-niveaux auxquels correspondent différentes intensités de traitement.

Les réserves que cela suscite auprès des professionnel-le-s se doivent vraisemblablement à la dimension rigide et procédurale de ce type de modèle. Les situations qu'ils observent sur le terrain au quotidien n'entrent en quelque sorte pas dans les cases. C'est-à-dire, il y a un décalage entre ce type de modèles et des parcours de soins qui sont émaillés d'évènements divers, parfois difficiles, parfois plus heureux, des parcours qui sont de toute façon singuliers et fréquemment tortueux.

Si l'on pense à l'intensité dans un sens, non pas seulement clinique – par exemple de surveillance et de prise en charge médicale et infirmière sur une période de plusieurs jours en milieu hospitalier – bien des professionnel-le-s feront remarquer qu'ils effectuent un travail tout aussi intensif, par exemple de mise en réseau, de soutien psychologique, ou encore d'orientation des personnes concernées. Aux yeux de certains, l'intensité est aussi associée à la globalité de l'accompagnement : le travail est jugé intensif car il prend en compte la personne dans sa globalité à travers une approche biopsychosociale.

Les points de vue de certaines personnes concernées rejoignent cette perspective : le fait de bénéficier d'un accompagnement pluridisciplinaire sur la durée, par exemple dans une structure semi-résidentielle, avec de nombreuses activités, non

seulement occupationnelles mais visant aussi à une réinsertion socioprofessionnelle, est vécu et considéré comme intensif.

En définitive, et compte tenu des objectifs de l'enquête, on peut avancer le fait que l'intensité est importante, mais qu'elle ne devrait pas être mesurée uniquement sur la base du temps d'encadrement, mais également du temps consacré aux travaux de mise en réseau et de coordination.

B) État stabilisé d'abstinence ou de consommation contrôlée

La stabilisation, tel qu'elle apparaît dans la définition, suggère une stabilisation essentiellement d'ordre physiologique, ou tout du moins étroitement liée à la consommation de produit. Elle renvoie à la phase initiale de stabilisation des symptômes de sevrage, tels que les troubles du sommeil, l'anxiété ou encore l'agitation. Or, la stabilisation est une évolution qui peut être perçue sous différents angles, médical certes, mais également psychologique, ou même socioprofessionnel, et selon différentes temporalités. C'est précisément pour ces raisons qu'un certain nombre de critiques sont émises à l'encontre de cette notion – même si ces concepts sont intégrés dans quelques offres de postcure. La stabilisation gagnerait à être perçue comme un processus qui doit être appréhendé dans sa continuité, sans qu'il y ait forcément une phase, soit celle de « l'abstinence ou de la consommation contrôlée » qui précéderait une autre étape.

Comme on peut le voir au travers du rapport, une professionnelle interrogée manifeste son étonnement par rapport à cette question en expliquant que si la personne concernée est dans une situation stabilisée d'abstinence, « elle n'a pas besoin de postcure, elle vit sa vie ». Cela illustre aussi bien les différentes conceptions que l'on peut avoir de la stabilisation que les appréciations distinctes selon la culture professionnelle. Du point de vue médical, une personne est stabilisée, du fait que, par exemple elle souffre moins de nausées, de tremblements ou encore d'insomnie. Pour la professionnelle interviewée, même si la personne est stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, beaucoup de choses restent à mettre en place. Autrement dit, la personne n'est pas encore stabilisée d'un point de vue psychosocial : elle reste fragile, elle n'a pas forcément un réseau de soutien – qu'il

soit professionnel ou familial – la consommation est encore omniprésente dans son esprit, les possibilités de logement et d'emploi sont limitées, etcetera.

Dès lors, le concept de « stabilisation » doit faire l'objet de précisions et de mises au point, en examinant par exemple toutes les dimensions de la personne et de son environnement pouvant être stabilisées. Ces clarifications sont d'autant plus importantes que les offres de postcure, dans l'optique de nombreux professionnel-le-s, participent activement à la stabilisation de la personne au sens large.

C) Flexibilité et individualisation des offres

Ces dimensions sont étroitement liées aux points précédents. En effet, si l'on se distancie d'une vision par trop linéaire ou standardisée des parcours de soin, la capacité et l'agilité à proposer une prestation ou une mesure correspondant pleinement aux besoins de la personne « au bon moment, au bon endroit » sont primordiales. C'est la raison pour laquelle ces aspects font l'objet d'un large consensus auprès des professionnel-le-s à l'échelle nationale.

Les offres de postcure doivent s'adapter avec souplesse à la situation d'une personne et à ses problématiques à un moment donné de sa trajectoire, tout en travaillant si nécessaire avec d'autres dispositifs de soutien ou d'entraide. En effet, comme on a pu le voir au travers de la section sur les settings, les rôles d'une postcure – recherche d'autonomie, maintien ou renforcement des acquis, construction d'un environnement social favorable – peuvent s'exercer en collaboration avec le réseau intra et extra-institutionnel, par exemple également grâce au soutien de l'entourage ou de groupes de parole. Dans tous les cas, les professionnel-le-s relèvent plusieurs impératifs – qui rejoignent dans ce cas la définition issue de la revue de littérature – tout en pointant également du doigt certaines faiblesses en l'état actuel des choses :

- Le travail en réseau est indispensable. Toutefois, il s'avère difficile de bien connaître toutes les offres et possibilités des réseaux sociosanitaires, en particulier dans les grands cantons à prédominance urbaine où se concentrent beaucoup de services divers. Il faut favoriser les connaissances réciproques, par exemple au travers de rencontres interinstitutionnelles ou

interprofessionnelles qui permettent de mieux saisir les rôles et missions de chacun, soit promouvoir une culture de travail en réseau qui fait défaut ou qui gagnerait à être renforcée selon certains professionnel·le·s.

- Une coordination fluide des offres est également primordiale, afin d'éviter des ruptures dans les parcours de soin des personnes, fait qui a été évoqué lors de plusieurs interviews et qui constitue un facteur, notamment de rechute. Il convient de préciser que la responsabilité n'est pas forcément uniquement institutionnelle. Des personnes concernées ont également expliqué lors de l'enquête qu'à la suite d'une offre du réseau addiction, par exemple un séjour en résidentiel de plusieurs mois, ils éprouvaient l'envie de « tourner la page » et d'un nouveau départ, d'où une distance volontaire avec le réseau, mais ils se retrouvaient en quelque sorte rattrapé par leurs addiction, faute d'un suivi mis en place.
- En résonance aux deux points précédents, le *case management* répond à des besoins exprimés par les professionnel·le·s, précisément pour éviter des ruptures dans les parcours, à des fins de coordination et dans une optique de décroisement des services. Le fait d'avoir un unique référent qui connaisse bien la situation de la personne, ses ressources et son réseau, et qui puisse le suivre sur des longues durées est perçu comme très bénéfique, d'autant plus qu'un phénomène de turn-over dans les institutions sociosanitaires est souvent mentionné, avec les conséquences négatives que cela implique. Signe que ce type de dispositif d'intervention fait encore défaut dans certaines villes ou canton, ou doit être amélioré, plusieurs professionnel·le·s estiment qu'ils font déjà, à leur manière, du *case management*.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette enquête avait pour objectif de comparer le concept de « postcure », tel qu'issu d'une revue de littérature internationale à ce sujet, avec les pratiques de terrain en Suisse. Il s'agissait de recueillir les points de vue des professionnel-le-s et des bénéficiaires, et d'enrichir au besoin les éléments théoriques de la notion.

Pour rappel, d'après cette revue de littérature, la postcure « s'adresse à toutes les personnes qui, après une phase de traitement plus intensive (sevrage/désintoxication), se trouvent dans un état stabilisé d'abstinence ou de consommation contrôlée. Elle comprend toutes les mesures et activités qui visent à accompagner ces personnes dans la poursuite de leur parcours de consolidation physiologique, psychique et sociale caractérisé par une plus grande autonomie. Dans ce contexte, les mesures psychosociales prennent le pas sur les mesures médico-thérapeutiques. La postcure se déroule principalement dans un cadre ambulatoire. Le recours au suivi des parcours (case management) permet d'assurer le lien entre la postcure et des offres de soins adjacentes ». ¹⁵

Les résultats des volets quantitatif et qualitatif auprès des professionnel-le-s et des bénéficiaires montrent qu'il y a en général un consensus au niveau national sur certains objectifs et caractéristiques des offres de postcure, tels qu'ils sont mentionnés dans la littérature. Ceux-ci sont passés en revue dans un premier temps. Ensuite, sont examinés les points qui suscitent des interrogations ou qui font moins l'unanimité. Enfin, sont proposées un certain nombre de pistes de réflexion afin de rendre le concept plus mobilisable dans le champ des addictions.

Concernant les objectifs qui font le plus l'unanimité au niveau suisse, il y a le fait que les offres de postcure visent globalement à **promouvoir l'autonomie des personnes concernées** et à accompagner ces dernières sur différents aspects de la réinsertion : santé, emploi, formation, logement, ou encore intégration sociale.

Par rapport aux principales caractéristiques de ce type d'offres, les professionnel-le-s des trois régions linguistiques s'accordent à dire que **l'individualisation des prestations ainsi que la flexibilité de leur mise en œuvre** jouent un rôle important.

¹⁵ Krizic I. (2022).

Les besoins des bénéficiaires sont prioritaires dans les offres de postcure et supposent donc une certaine souplesse et adaptabilité de la part des institutions et des professionnel-le-s, car les besoins et les progrès sont propres à chaque personne et peuvent évoluer au fil du temps.

La plupart des spécialistes coïncident sur le fait que **le travail de mise en réseau et de coordination** avec des institutions, aussi bien du domaine des addictions que du réseau sociosanitaire élargi (services sociaux, assurances sociales, hôpitaux psychiatriques, entre autres), constitue l'une des conditions les plus importantes en vue de favoriser une approche axée sur les besoins. En effet, c'est en connaissant l'éventail des prestations au niveau régional qu'il est possible de proposer à la personne concernée une offre qui soit sur mesure et en adéquation avec ses besoins dans une situation donnée.

Cette mise en réseau, et plus largement le bon déroulé, ainsi que la réussite d'une postcure, reposent sur plusieurs dimensions. En premier lieu, l'adhésion de la personne à la démarche est primordiale. Même s'il peut y avoir de nombreuses variations d'une situation ou d'une problématique d'une personne à une autre, d'une institution à une autre (qui se caractérisent au demeurant par une grande diversité, sans compter la multitude de mesures et programmes), ou encore d'une région à une autre, la plupart des professionnel-le-s estiment que la **participation à un projet de postcure sur une base libre et volontaire** est un facteur de réussite.

En outre, grâce à une relation basée sur la confiance, le dialogue et l'écoute, les résultats de la postcure se voient grandement améliorés, car ce n'est qu'ainsi que les bénéficiaires se sentent libres d'exprimer leurs besoins et sont prêt-e-s à demander du soutien. En d'autres termes, **le travail relationnel constitue une caractéristique incontournable des offres de postcure.**

Au-delà de ces aspects, les résultats mettent en évidence une critique par rapport à la conception même de la postcure. La notion renvoie à une vision à la fois séquencée, linéaire et chronologique de l'accompagnement addictologique dans un parcours de soin : celui-ci est composé de différentes phases ou étapes qui garantissent le succès de la démarche, à l'instar d'une marche à suivre. Force est de constater que la terminologie, que cela soit en français, en allemand ou en italien, participe au modelage de ce type de représentations au sens où elle introduit l'idée

d' « étapes » à travers les suffixes « post- » dans les langues latines, et la préposition « nach » en allemand.

Les professionnel·le·s de Suisse romande, du Tessin, et dans une certaine mesure de Suisse alémanique, ont également **critiqué le terme « postcure »** pour plusieurs raisons. D'une part il réduit la cure à une « phase intensive (sevrage/désintoxication) » effectuée en milieu clinique, soit à une étape très ponctuelle de prise en charge médicale au terme de laquelle la personne serait « stabilisée », voire « soignée ». Pour de nombreux participant·e·s à l'enquête, la cure ne peut pas être apparentée uniquement au sevrage qui ne représente en général qu'une partie infime de l'accompagnement addictologique, mais renvoie à une multitude d'offres sociothérapeutiques, psychosociales et médicales.

En effet, du point de vue des personnes interviewées, l'accompagnement des problématiques d'addiction ne suit pas une séquence temporelle prédéfinie, mais constitue plutôt un engagement continu qui peut durer des années, voire toute une vie. À cet égard, l'un des thèmes centraux qui ressort des entretiens est le **concept de continuité** : les professionnel·le·s interrogé·e·s soulignent que le processus de prise en charge des addictions nécessite un accompagnement constant et à long terme.

À ce titre, une situation paradoxale est parfois relevée : la question de la continuité des soins est omniprésente et souhaitée par l'ensemble des acteurs et actrices (professionnel·le·s des addictions, des services sociaux, bénéficiaires, pouvoirs publics, etc.) ; tout le monde s'accorde sur le fait qu'il faut promouvoir et garantir une continuité dans les parcours et éviter les ruptures qui sont souvent synonymes de rechute et de péjoration des problèmes. Or, les financements en vue d'obtenir des prestations du champ des addictions sont fragmentés (AI, services sociaux et curatelles, assurances maladie, etc.), et de ce fait, constituent précisément une source de discontinuités.

Si l'on se centre à présent sur des dimensions de la postcure qui recueillent moins de consensus, et au sujet desquelles les perspectives sont plus variées, on trouve tout s'abord les questions relatives à l'approche psychosociale qui caractériserait la postcure. Cette vision prédomine certes au niveau national, comme le reflètent par exemple les mesures visant à la réinsertion professionnelle, à retrouver un logement

ou encore à bénéficier de conseils en matière d'aide sociale. On ne peut toutefois pas cantonner la postcure à un volet exclusivement psychosocial ; en effet les résultats mettent en évidence plusieurs cas de figure où l'accompagnement médical s'avère essentiel et complémentaire, notamment dans le cas de traitement de substitution, de visites hépatologiques, ou encore lors de suivis psychiatriques pour les bénéficiaires présentant un double diagnostic. En outre, les équipes de certaines institutions sont pluridisciplinaires et disposent de compétences médicales. Dans cette optique, **la dichotomie « approche psychosociale versus médico-thérapeutique » devrait être dépassée.**

En effet, la perspective selon laquelle la postcure surviendrait après une prise en charge en milieu hospitalier, et privilégierait une approche psychoéducative, fait écho à la vision du parcours linéaire et segmenté. Aux yeux des professionnel-le-s, en particulier en Suisse romande, cette perspective suggère une hiérarchisation des besoins des bénéficiaires – et de ce fait une hiérarchisation des pratiques professionnelles ou des approches – ainsi qu'un déroulement clair dans le parcours de soins : il y a d'abord une phase dans un cadre médical (p. ex. sevrage) et ensuite une offre comme la postcure qui se concentre sur les mesures psychosociales. Or, les observations faites par les spécialistes sur le terrain, en particulier quant à l'hétérogénéité des parcours, des situations et des problématiques, ne correspondent pas forcément à une vision standardisée des parcours de soin. Dès lors, la postcure dans le domaine des addictions ne devrait pas être confiée exclusivement à un domaine de compétence spécifique, qu'il soit médical, psychologique ou social, mais devrait plutôt représenter une imbrication synergique de ces trois dimensions.

Une autre dimension qui suscite des avis mitigés, et parfois des réserves, est celle de l'intensité moindre de la postcure. Beaucoup de professionnel-le-s font remarquer qu'elle dépend du cadre dans lequel la postcure a lieu : les offres de postcure dans le cadre ambulatoire présentent par exemple une intensité plus faible – mesurée en heures d'accompagnement des bénéficiaires et comparé avec les offres de postcure dans le cadre semi-résidentiel où les bénéficiaires habitent ou travaillent. Selon les professionnel-le-s, **l'intensité ne devrait pas être mesurée uniquement en fonction de nombres d'heures** que les professionnels passent avec les bénéficiaires (front office), car cela ne prend pas en considération la charge de travail pour la mise

en réseau avec d'autres prestataires du réseau sociosanitaire et la transition entre les offres précédentes et la postcure (back office). Il est donc recommandé de mieux clarifier la notion d'intensité.

Enfin, par rapport à l'état stabilisé de la personne, soit d'abstinence ou de consommation contrôlée, il est également difficile de tirer une conclusion définitive et absolue. La stabilisation, telle qu'elle apparaît dans la définition, suggère une stabilisation essentiellement d'ordre physiologique, ou tout du moins étroitement liée à la consommation de produit. Elle renvoie à la phase initiale de stabilisation des symptômes de sevrage, tels que les troubles du sommeil, l'anxiété ou encore l'agitation. Or, la stabilisation est une évolution qui peut être perçue sous différents angles, médical certes, mais également psychologique, ou même socioprofessionnel, et selon différentes temporalités. C'est précisément pour ces raisons qu'un certain nombre de critiques sont émises à l'encontre de cette notion. **La stabilisation gagnerait à être perçue comme un processus qui doit être appréhendé dans sa continuité**, sans qu'il y ait forcément une phase, soit celle de « l'abstinence ou de la consommation contrôlée » qui précéderait une autre étape.

Pistes de réflexion et discussion

Sur la base des résultats de cette recherche, certains aspects du concept théorique de postcure nécessitent une adaptation afin de parvenir à une plus grande adéquation entre théorie et pratique. Il s'agit par exemple d'une nouvelle compréhension de l'intensité de postcure qui prend en considération les heures de travail que les professionnels passent avec *et sans* les bénéficiaires (front et back office). Et il faut aussi repenser la stabilisation comme un processus qui doit être appréhendé dans sa continuité et non seulement d'ordre physiologique. Étant donné la diversité et la singularité des parcours de soins, il faut aussi préciser que la postcure peut se dérouler dans plusieurs settings : ambulatoire, résidentiel, en appartement de transition, à domicile, ou dans d'autres lieux qui hébergent des groupes thérapeutiques, voire y compris sous forme de téléconsultation.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête montrent qu'il ne suffit pas seulement de reconceptualiser la postcure, mais suggèrent qu'il vaudrait la peine de repenser l'ensemble du parcours de soins des personnes souffrant d'une addiction. La question de la chronicité et de la durée de ces dernières n'est pas suffisamment prise

en compte dans le concept théorique, alors que bien des parcours s'étendent sur une longue durée avec certaines phases d'accompagnement plus intensives que d'autres. Ainsi, dans la littérature anglophone, on a tendance à privilégier la notion de continuing care (soins continus) qui met davantage l'accent sur la continuité plutôt que sur l'agencement d'étapes spécifiques.

En effet, l'objectif de cet accompagnement continu est de soutenir les personnes dans la suite de leur parcours de consolidation somatique, psychique et sociale, en visant l'autonomie, ainsi que le renforcement et maintien des connaissances et compétences préalablement acquises. En outre, un travail est également effectué en vue d'améliorer les interactions entre la personne et son environnement, et de poursuivre le processus de réinsertion sociale. Dans ce contexte, les professionnels des domaines médical, social et psychologique interagissent entre eux pour offrir à la personne concernée un accompagnement qui répond à ses besoins à 360°.

Cette notion de soins continus doit également se retrouver dans la terminologie. Ainsi, il convient de se demander si le terme « postcure » - en particulier en français et en italien - est toujours d'actualité ou s'il pourrait être remplacé par un terme plus approprié. La notion de « soins continus » ou d' « accompagnement continu » pourrait être privilégiée, les « soins » englobant davantage de dimensions dans sa signification, soit les aspects social, médical, psychologique, ou encore l'idée de bien-être qui fait écho au modèle du rétablissement. Même si les réserves en Suisse alémanique sont moins marquées en ce qui concerne la terminologie, il semble judicieux de choisir un terme qui soit plus évocateur et significatif dans les trois régions linguistiques et qui englobe la même chose. Ainsi, le terme « fortführende Begleitung » s'imposerait comme équivalent allemand, tandis qu'en italien le terme serait « continuità delle cure ». En italien le terme serait « continuità delle cure », considérant le terme *cura* en tant que parcours d'accompagnement de la personne à 360° et pas uniquement comme pratique clinique du traitement de l'addiction.

BIBLIOGRAPHIE

Infodrog. Index Addiction. <https://indexaddictions.infodrog.ch> (23.11.2023).

Krizic, I. (2022). Nachsorge im Suchtbereich – Literaturanalyse und Konzeptarbeit für die Schweiz (Forschungsbericht Nr. 138). Lausanne : Sucht Schweiz.

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2019). Impliquer les personnes concernées, à tous les niveaux. Spectra n° 125. <https://www.spectra-online.ch/fr/spectra/actualites/Impliquer%20les%20personnes%20concern%C3%A9es,%20%C3%A0%20tous%20les%20niveaux-799-29.html>

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2022). Intervention précoce. Définition harmonisée. Berne. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/f-f-f-harmonisierte-definition.pdf.download.pdf/IP%20D%C3%A9f%20harmonis%C3%A9e_F_VF.pdf

Palomba Isabella (2023): La continuità delle cure nell'ambito delle dipendenze da sostanze. Una ricerca nei servizi del Canton Ticino. tesi di Laurea Magistrale, Università degli Studi di Milano Bicocca.

REL'IER Fondation le Relier. Répertoire. <https://relier-repertoire.relais.ch> (23.11.2023).

Revue Médicale Suisse. (2003). Addictions en médecine communautaire : réflexions et perspectives. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2003/revue-medicale-suisse-2451/addictions-en-medecine-communautaire-reflexions-et-perspectives>