

**Dr Jean-Michel Delile\***, **M. Jean-Hugues Morales\*\***, **Pr Karine Bertrand\*\*\***, **Mme Géraldine Tapia\*\*\*\***,  
**M. François Vedelago\*\*\*\*\***

\* Psychiatre, Président de la Fédération Addiction, Directeur du CEID, 24, rue du Parlement Saint-Pierre, F-33000 Bordeaux.

Courriel : jm.delile@ceid-addiction.com

\*\* Délégué national TAPAJ-France, Bordeaux, France

\*\*\* Professeure titulaire aux Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke, Longueuil, Canada

\*\*\*\* Maître de conférences en psychologie, Laboratoire de psychologie EA 4139, Université de Bordeaux, France

\*\*\*\*\* Président de TAPAJ-France, Maître de conférences en sociologie, hors classe, Laboratoire PASSAGES-UMR 5319, Université

Bordeaux Michel de Montaigne, France

Reçu février 2018, accepté juillet 2018

# TAPAJ – Travail alternatif avec paiement à la journée, un *contingency management* à la française ?

## Résumé

TAPAJ (Travail alternatif avec paiement à la journée) est un moyen innovant d'aider des jeunes de la rue, usagers d'alcool et de drogues, grâce à la proposition d'un emploi "bas-seuil", sans aucun prérequis, et payable en argent liquide à la fin de la journée. Cette approche de réduction des risques (RDR) développe un nouveau modèle de *contingency management* (CM – management des contingences) où l'on soutient la dynamique des personnes par des renforcements positifs (pas des punitions...), mais dans la poursuite d'objectifs qu'elles ont elles-mêmes définis et non dans la conformité à un programme de soins préétabli. Après avoir rappelé l'efficacité des dispositifs d'emploi accompagné en santé mentale et les spécificités de TAPAJ par rapport au CM (les points de convergence et les innovations), ce travail souligne la nécessité d'inscrire ces interventions TAPAJ/CM dans un dispositif intégratif où, quelle que soit la porte ouverte par le sujet, elle pourra donner accès à l'ensemble des services (psychologiques/sociaux ; addictions/santé/santé mentale) selon les principes du "no wrong door" (NWD).

## Mots-clés

TAPAJ (Travail alternatif avec paiement à la journée) – Management des contingences (*Contingency management*) – Emploi accompagné – Développement du pouvoir d'agir – *Empowerment* – No wrong door (NWD).

*"Par ma foi ! il y a plus de quarante ans que je dis de la prose sans que j'en susse rien, et je vous suis le plus obligé du monde de m'avoir appris cela."*

(Molière, *Le Bourgeois gentilhomme*, 1670)

## Summary

**TAPAJ – Alternative employment for daily pay: the French version of contingency management?**

TAPAJ (*Travail alternatif avec paiement à la journée* – Alternative employment for daily pay) is an innovative tool to help street kids as well as alcohol and drugs users. The program proposes "low threshold" employment without any prerequisite that is paid in cash at the end of the day. This approach to risk reduction (RR) develops a new model of contingency management (CM). TAPAJ supports individual development through positive reinforcement (without punishment). Individually defined objectives are pursued outside the framework of a pre-established health care program. This article presents a brief review of the efficacy of accompanied employment programs in mental health as well as the specificities of TAPAJ compared to CM (convergence and innovations). This article emphasizes the necessity of integrating TAPAJ/CM interventions into programs and that regardless of how individuals gain access, all services will be made available to them (psychological/social; addictions/health/mental health) in accordance with "no wrong door" (NWD) principles.

## Key words

TAPAJ (*Travail alternatif avec paiement à la journée* – Alternative employment for daily pay) – Contingency management – Accompanied employment – Developing empowerment – Empowerment – No wrong door (NWD).

Bien que son efficacité soit bien établie dans le traitement des addictions du point de vue des données probantes (1-4), le *contingency management* (CM – management des contingences) a encore, malgré des

progrès récents (5, 6), des difficultés à se développer dans les centres de soins des addictions aux États-Unis (7, 8) et reste presque totalement ignoré en France. Une étude portant sur 24 programmes de traitement des addictions aux États-Unis (9) établit que l'approche CM était très peu utilisée, beaucoup moins que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'entretien motivationnel ou les "12 étapes" par exemple. Les professionnels faisaient état de leur méconnaissance du CM, mais des enquêtes qualitatives (10) ont pu établir qu'il s'agissait souvent de réelles réticences (11, 12). Beaucoup d'intervenants se disaient ainsi très réservés quant au principe même de "récompenser" un comportement (l'abstinence) que les usagers devraient considérer comme un devoir. Cette approche explicitement "behaviouriste" était de plus volontiers assimilée à du "dressage" avec la crainte que ces renforcements externes n'aient qu'un impact "artificiel", ne permettant pas la réelle élaboration de motivations internes. Ce type de critiques et de réticences est également vif dans notre milieu "psy" français, un peu à l'image du rejet dont firent l'objet les communautés thérapeutiques pour des raisons voisines (13).

Mais, de manière plus fondamentale, le refus du CM repose bien sur un choc culturel dépassant nos seuls milieux professionnels. En effet, et même si c'est pragmatique, il apparaît actuellement peu concevable dans notre contexte culturel de récompenser quelqu'un parce qu'il se comporte comme il le doit (exemple : donner 20 € à un toxicomane parce qu'il n'a pas consommé de drogue la veille...). La tendance générale serait plutôt à le punir, le sanctionner, s'il persévérait dans un comportement négatif. C'est toute la logique de l'éducation punitive et de la prohibition. Or, comme l'ont observé les behaviouristes eux-mêmes, notamment dans le champ du CM, les renforcements (les récompenses) sont plus efficaces que les punitions pour soutenir un changement durable, car les punitions amplifient les résistances et les interruptions de traitement (1).

Comment dès lors utiliser cette approche efficace sans se heurter à des blocages culturels ou éthiques ? TAPAJ (Travail alternatif avec paiement à la journée) offre une réponse originale : récompenser un comportement positif certes, mais un comportement qu'il est normal aux yeux de tous de rétribuer : le travail. Autrement dit, la proposition de TAPAJ consiste à faire du CM, mais sans le formuler explicitement (jusqu'à cet article...).

## Contingency management et TAPAJ : présentation

À la suite des travaux initiaux au début des années 1970 sur les troubles de l'usage d'alcool (14) et depuis les années 1990 avec la cocaïne (15-18), les données de la littérature internationale n'ont cessé de confirmer de manière très robuste l'efficacité du CM dans le traitement des troubles de l'usage de substances (TUS) et des addictions.

Le principe en est simple, il s'agit de contrebalancer l'effet renforçant des drogues (i.e., le plaisir procuré, la "récompense") par des conséquences positives ou négatives selon que le sujet arrive ou non à s'en détacher. C'est ainsi que, par exemple, une période d'abstinence sera immédiatement récompensée par de l'argent ou des coupons, des bons d'échange, les fameux vouchers. En revanche, une reprise de consommation (contrôle urinaire positif) pourra être sanctionnée par une perte de ces avantages. C'est explicitement une technique comportementale de conditionnement opérant.

Cette gestion par les conséquences doit donc encourager et soutenir les processus de changement positif engagés par la personne souffrant d'addiction. C'est ainsi qu'il a pu être démontré que le CM était efficace dans la réduction des usages de substances, mais aussi dans d'autres objectifs associés, comme la fréquentation des programmes de soins ou l'obtention d'un travail (19). Son efficacité a également pu être établie dans des populations particulières d'usagers de drogues, comme les jeunes ou les sans-abri (1), ce qui est particulièrement important pour notre propos.

TAPAJ est un dispositif d'insertion spécifique à seuils adaptés permettant à des jeunes en errance, à la rue, d'être rémunérés en fin de journée en argent liquide, pour un travail auquel ils peuvent accéder très rapidement sur simple demande et qui ne nécessite ni qualification ou expériences préalables, ni engagement sur la durée. Il s'agit donc d'un programme d'emploi "bas-seuil" (*low-threshold employment*), d'accès immédiat et sans prérequis, qui n'a pas d'équivalent dans les dispositifs sociaux ou médico-sociaux classiques. Notre expérience à Bordeaux a établi que, selon les données fournies à la DIRRECTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Nouvelle-Aquitaine), près de 50 % des jeunes "tapajeurs" parvenaient à une "sortie

positive” en moins d’un an (i.e., contrats de travail, contrat à durée indéterminée – CDI ou contrat à durée déterminée – CDD, formation) grâce à une progression en phases. Celle-ci implique, pour les jeunes qui le souhaitent, des conditions de travail de plus en plus exigeantes et conformes aux normes usuelles du monde du travail (e.g., durée hebdomadaire, ponctualité, présentation, discipline, etc.). TAPAJ apporte ainsi une réponse adaptée à des jeunes en errance très éloignés des dispositifs de droit commun, engendrant des bénéfices ne se limitant pas au domaine du travail : 48 % des jeunes “tapajeurs” en phase 2 bénéficient d’un logement (contre 14 % à l’entrée dans le dispositif) et 56 % bénéficient d’un suivi médical contre 9 % à l’entrée. Ces évolutions sont soutenues par un accompagnement éducatif (20) selon les principes de la psychologie sociale de l’engagement (21).

TAPAJ-Bordeaux a été initié en juin 2012 par le Comité d’étude et d’information sur la drogue et les addictions (CEID), association gestionnaire de CSAPA et de CAARUD. Ce dispositif d’insertion des jeunes errants que leurs difficultés psychosociales, addictions notamment, tiennent éloignés des dispositifs de droit commun a été retenu au titre des priorités du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 par le biais d’une convention 2014-2015 avec la MILDECA. Ce programme se développe dorénavant sur le plan national. Les sites TAPAJ sont adossés à des CAARUD et sont donc des portes d’entrée vers la réduction des risques et les soins en addictologie. Cet essaimage en cours a conduit les acteurs à considérer la structuration d’une tête de réseau TAPAJ-France afin de poursuivre la cohérence et la modélisation innovante avec les 24 villes déjà membres en 2018 et les 40 grandes entreprises et institutions partenaires (e.g., Auchan, SNCF, Enedis, Orange, Vinci...) ; plus de 1 000 jeunes ont ainsi pu être accompagnés en 2017.

Ce programme fait l’objet d’une évaluation externe grâce à un projet de recherche internationale et collaborative (Université de Sherbrooke, Montréal, et Université Bourgogne-Franche-Comté) financé par la MILDECA (France) et le Ministère de la santé et des services sociaux (Québec). Ce projet de recherche (“L’emploi à bas seuil comme levier d’intervention pour réduire les méfaits liés à l’usage de substances psychoactives (SPA) et favoriser la santé globale des jeunes en situation de précarité sociale : comprendre et agir.”) se déroulera d’avril 2018 à mars 2020.

## Très bien, mais quel rapport ?

Conformément aux conceptions fondamentales de la psychologie comportementale, le CM et TAPAJ ont en commun d’encourager, de soutenir (renforcer) un comportement positif (l’abstinence pour le premier, le travail pour le second) par une récompense qui, pour être efficace et comme le montrent bien les travaux sur le CM, doit répondre à un certain nombre de critères (12, 22-24) :

- Intensité : l’importance de la récompense, la valeur en argent par exemple, doit être significative pour être efficace. Plus la récompense est élevée, mieux cela marche.
- Rapidité : la récompense doit être prodiguée dès que le comportement positif est établi, les études montrent que cela doit être le jour même.
- Évolutivité : la valeur de la récompense doit s’accroître au fur et à mesure que le comportement positif se répète pour contrebalancer les effets de tolérance.
- Durée : l’intervention CM doit être prolongée durablement pour que ses effets ne disparaissent pas une fois interrompue.

TAPAJ remplit positivement ces quatre critères :

- Le travail est rémunéré sur une base “salaire minimum de croissance” (SMIC) horaire, à peu près équivalente au rendement d’une activité de mendicité, mais avec une valeur symbolique autrement plus importante (cf. plus bas). Les sommes ainsi dégagées sont très significatives pour des jeunes de la rue. En revanche, si la personne cesse de travailler, elle n’est évidemment pas rétribuée. Cette formule contribue donc également à renforcer son inscription et son engagement dans le programme, ce qui est un autre enjeu habituel de l’approche CM (19).
- L’originalité du montage administratif de TAPAJ (partenariat CAARUD/association intermédiaire) permet de rétribuer le travail fourni le jour même et en argent liquide.
- Le système en phasage permet au jeune qui le souhaite de travailler de plus en plus et donc de gagner plus, y compris avec des indices de rémunération qui peuvent s’élever lors des relais vers des emplois classiques CDD/CDI.
- Le travail est nécessairement rétribué tant qu’il se poursuit, il n’y a pas de terme à l’intervention.

Mais la rémunération d’un travail peut-elle être considérée en elle-même comme une récompense au sens du CM ? Et quel lien avec l’addiction ? Dans les tentatives

de diffusion du CM dans le monde du travail (23), c'est bien l'accès à un travail rémunéré qui peut être la récompense d'une période d'abstinence contrôlée biologiquement, alors que dans TAPAJ, la proposition d'emploi est évidemment incondionnelle, offerte sans égard à la consommation de substances de la personne, et c'est le travail qui est récompensé par un salaire "à la journée". De plus, différents travaux montrent bien la pertinence et l'efficacité de l'emploi accompagné dans le soin des addictions (1, 23, 25). Il apparaît que favoriser l'accès à l'emploi des personnes qui consomment activement des drogues, comme le propose TAPAJ, plutôt que de le conditionner de manière contingente à l'abstinence, est une approche prometteuse et, selon plusieurs auteurs (26, 27), constitue une piste d'intervention et de recherche prioritaire à développer. L'accès facilité à l'emploi peut être un levier important de soins favorisant le rétablissement et la santé globale de la personne.

## Travail et contingency management

En fait, l'intérêt de croiser les approches CM et "travail" a été identifié très tôt pour les usagers de drogues marginalisés. C'est ainsi que Higgins et Silverman (1) observaient que *"pour toute une série de raisons, les lieux de travail (les "chantiers") pourraient être les contextes idéaux d'application des interventions CM pour le traitement des TUS. Les lieux de travail offrent des renforcements à haut potentiel et tout particulièrement les revenus du travail, les salaires, qui peuvent être utilisés pour renforcer les changements thérapeutiques (e.g., abstinence)"*.

Toutefois, il est clair que dans cet esprit (23), l'accès à un travail rémunéré est en soi considéré comme une récompense (un renforcement) secondaire à une évolution positive (réduction des consommations), le travail rémunéré venant lui-même en retour renforcer cette évolution positive. C'est seulement ce second aspect que promeut TAPAJ, le premier, l'accès au travail, étant incondionnel, non lié à l'arrêt des consommations. Mais c'est précisément cette incondionnalité d'accès qui semble particulièrement innovante avec TAPAJ et constitue une vraie valeur ajoutée. Elle contribue en effet à réduire l'insécurité économique de ces jeunes et soutient les capacités liées au travail dans une réelle dynamique d'*empowerment*, de développement du pouvoir d'agir. La récompense est double, la rémunération en soi agit comme les vouchers, mais cela va au-delà. Le seul fait de fournir un travail légitime est en soi égale-

ment une récompense (e.g., statut, image de soi, représentations positives par l'environnement social), mais constitue de plus une récompense active qui concourt secondairement à une meilleure prise en compte des problématiques de santé, comme cela est très généralement établi dans toutes les études sur les déterminants sociaux de santé (liens entre santé, travail et revenus) (28) et comme cela sera ultérieurement évoqué plus particulièrement chez les usagers de drogues (29-31).

Enfin, TAPAJ permet de lever certains freins au développement du CM en pratique courante (hors recherche). Dans leur revue sur l'application du CM dans le monde du travail, Donlin et al. (23) rappellent que parmi les limites à l'efficacité du CM, deux éléments étaient unanimement reconnus, ainsi que cela a été rappelé plus haut : l'importance de la récompense (le niveau de récompense doit être suffisamment élevé et s'accroître au fil du temps pour limiter les effets de "tolérance") et la durée (face à un problème chronique, il est nécessaire que l'intervention soit durable, sinon ses effets initialement bénéfiques s'émeussent vite avec le temps). Pour être efficace, le CM engendrerait donc rapidement des coûts insupportables par les organismes de soins en pratique courante, hors financements de recherche. En effet, certains travaux ont démontré qu'il fallait aller jusqu'à 3 400 \$ de vouchers sur neuf semaines pour obtenir des interventions efficaces auprès des personnes les plus dépendantes (32). C'est ainsi qu'au-delà même de la nécessité d'aller au-devant des publics ne consultant pas les lieux de soins, cela constituait un argument supplémentaire pour diffuser ces programmes de CM dans d'autres cadres et tout particulièrement dans le monde du travail du fait de ses capacités de financement. Celui-ci, de son côté, peut en effet offrir des réponses au double problème de force et de durée des renforcements, l'accès à un travail rétribué devenant la "récompense" avec un niveau salarial correct et une durée d'engagement non limitée a priori. De ce point de vue, les lieux de travail offrent donc effectivement un "contexte idéal" (33) au CM.

De fait, les différentes expérimentations de diffusion du CM dans le monde du travail firent rapidement la preuve de leur efficacité (23), notamment pour les personnes en échec de traitement, mais aussi pour les injecteurs de cocaïne en programme méthadone et pour les usagers de drogues/alcool sans abri et/ou durablement éloignés de l'emploi (34, 35). Pour ceux-ci, cette approche est même devenue un modèle. Il est d'ailleurs à noter que, comme pour TAPAJ, dans l'important

programme *Compensated work therapy* (CWT ; US Department of Veterans Affairs), l'un des programmes d'"emploi accompagné" (*supported employment* – SE) les plus importants et les plus reconnus aux États-Unis, le fait de (re)consommer des substances n'est pas en soi un motif d'exclusion du programme. Or, l'évaluation de ce programme (34) a pu établir qu'il réduisait effectivement les problèmes liés aux drogues, les problèmes de logement et le risque d'incarcérations de ces "vétérans" usagers de drogues. Au total, Donlin et al. (23) concluaient que face à un problème de nature aussi persistante que les TUS, tout particulièrement chez les sans-abri, il importait de promouvoir dans la durée des approches combinant SE, logement et traitement de l'addiction dans une perspective globale et intégrée.

## Intérêt de l'emploi accompagné dans un projet de santé

Dans leur important travail auprès des usagers de drogues fréquentant la Salle de consommation à moindres risques (SCMR) de Vancouver, Ti et al. (36) ont démontré l'influence délétère de l'implication dans des activités et des ressources illégales ou marginales (e.g., trafic, prostitution, mendicité). Plus ces activités étaient importantes, moins ces usagers avaient accès à des soins adaptés. Une autre étude sur le même terrain (37) indiquait que, paradoxalement, par rapport aux données habituelles sur les liens entre niveau de revenus et santé, dans le cas de ces revenus "occultes", illégitimes, il y avait une relation inverse : plus ils étaient importants, pire était l'état de santé des personnes (e.g., plus de prises de risque, plus haut niveau de consommation et d'injection, logement plus instable).

Tout ceci incite donc à proposer des alternatives à ces personnes en leur proposant d'autres sources de revenus dans le cadre d'un accompagnement global. C'est d'autant plus important que des études à un niveau national (États-Unis, Allemagne) (38) mettent en évidence une corrélation inverse entre le niveau de chômage global et la demande de soins en addictologie : plus le chômage est élevé, moins il y a de demandes. La décision d'entrer en traitement semble donc en partie déterminée par des facteurs extrinsèques, tels que les perspectives d'accès à un emploi, elles-mêmes liées au contexte général de l'emploi. L'absence de perspectives concrètes de retour à l'emploi dans un contexte de chômage de masse semble ainsi démobiliser les addicts dans leur projet de soins.

C'est donc un argument supplémentaire pour proposer des modalités adaptées d'accès à des emplois rémunérés pour des usagers de drogues.

Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle rejoint le point de vue des usagers eux-mêmes, ainsi que le montre bien l'étude de DeBeck et al. à la SCMR de Vancouver (26). Interrogés sur leur souhait de quitter leurs activités irrégulières si un travail en accès "bas-seuil" (pas de prérequis en termes de qualification ni d'expérience) leur était proposé, les 874 usagers injecteurs interrogés répondent qu'ils préféreraient dans ce cas prendre ce travail et renoncer à leurs activités précédentes (63 % pensent qu'ils renonceraient ainsi au "travail du sexe" par exemple, 44 % au deal...).

Sur la base de ce haut niveau de demande chez des usagers de stimulants éloignés du soin, il y a donc une piste intéressante pouvant conduire à une réduction des consommations et des risques et dommages associés grâce à une proposition de d'emploi "bas-seuil" accompagné.

## Efficacité du travail accompagné

Depuis le début des années 2000, différentes expériences de SE ont pu être conduites au bénéfice de personnes présentant des troubles mentaux sévères. Des essais randomisés (29) ont pu établir la supériorité de cette approche par rapport aux formules traditionnelles de formation ou de mobilisation au retour à l'emploi. En effet, ces données montrent que le taux de retour à l'emploi concurrentiel (non protégé) était supérieur (55 % contre 34 % dans le groupe contrôle), ainsi que la durée hebdomadaire de travail et le niveau de revenu du travail. Il est à noter également que ces écarts s'accroissaient avec le temps (24 mois de suivi) et que le groupe SE s'impliquait plus dans le programme de soins. L'une des conditions de succès relevé par les auteurs était l'approche intégrée : les "accompagnateurs" dans le travail étaient membres de l'équipe de soins, il ne s'agissait pas d'équipes séparées (soins d'une part, insertion de l'autre).

Un autre enseignement, face à de tels troubles sévères et chroniques (schizophrénie notamment), est que ces bénéfiques s'estompaient avec le temps si l'intervention était interrompue et qu'il convenait donc de pouvoir l'inscrire dans la durée, ainsi que le montre la méta-

analyse par Cook et al. de 21 essais contrôlés randomisés aux États-Unis comparant approche SE et approche "formation" (30) et qui confirme la nette supériorité du SE (environ 60 % de retour à l'emploi contre 20 % environ chez les contrôles). Un travail suisse a produit des données allant dans le même sens, en mettant en évidence des écarts comparables (et s'accroissant avec le temps) sur un suivi de cinq ans (39), démontrant ainsi une nouvelle fois la supériorité de l'approche *Place and train* (SE) sur l'approche traditionnelle *Train and place* (formation puis travail) !

C'est ainsi que dans le champ de la santé mentale et des addictions, il apparaît que le SE facilite le retour à un emploi ordinaire, améliore la qualité de vie et contribue à réduire les niveaux de consommation de drogues et/ou d'alcool (23, 40, 41), tout ceci pouvant concourir à un mieux-être global, dans la logique des modèles de "rétablissement en santé mentale" (*recovery*).

## TAPAJ ou l'emploi accompagné comme soutien au changement

L'expérience indique que c'est en s'engageant sur la voie choisie par le patient que l'alliance thérapeutique peut se construire le plus aisément et solidement, et l'alliance thérapeutique est une clef majeure du processus de changement notamment dans le domaine des addictions.

***"Ce sont les personnes, pas les preuves, qui prennent les décisions"***

Dans un éditorial célèbre du *British Medical Journal* (42), Haynes, qui compte au nombre des concepteurs de l'approche *Evidence-based medicine* (EBM), rappelait l'importance des choix des personnes, patients et médecins, dans la pratique fondée sur les preuves. Une critique récurrente contre l'EBM est qu'elle lierait les mains des praticiens et priverait les patients de leurs choix personnels en leur imposant des options de traitements décidées sur la seule base des données et des preuves scientifiques. Il rappelait qu'au contraire, les préférences des patients avaient été incorporées en toute première place dans le modèle initial d'EBM et que leur importance primordiale avait été soulignée. C'est bien dans le dialogue clinique entre le patient, avec ses besoins et ses attentes, et le praticien, avec son expérience

et son expertise cliniques, qu'il sera possible d'élaborer un projet de soins : "*Evidence does not make decisions, people do.*". Ou encore comme le disait Glasziou (43) : "*Les données probantes doivent servir à informer et guider les intervenants et non à imposer le choix d'une intervention*".

### **Le principe d'équifinalité**

Dans sa *Théorie générale des systèmes* (44), le biologiste von Bertalanffy, l'un des fondateurs du champ systémique, observe que des systèmes ouverts peuvent parvenir à un même état final en partant d'états initiaux variés et en suivant des voies différentes pour y parvenir. C'est le principe de l'équifinalité. Ce principe a une grande importance dans les systèmes humains. À la différence de l'approche "*the one best way*" chère au taylorisme dans le domaine de la production industrielle, ce principe stipule qu'il n'y a pas, dans les systèmes ouverts, de solution unique ou exclusive aux problèmes que l'on rencontre. Ce principe d'équifinalité souligne donc qu'il existe différentes manières d'atteindre un même but et que, de plus, ce qui peut être la meilleure voie pour l'un ne l'est pas nécessairement pour l'autre : "*one size doesn't fit all !*" ; une taille unique ne convient pas à tous.

S'il existe donc différentes manières de constituer un problème, on peut observer qu'il existe également différentes façons de le dénouer et que la meilleure est sans doute celle qui est attendue ou demandée par le patient, même si aux yeux de l'intervenant ce n'était pas nécessairement l'approche qui lui semblait a priori essentielle.

C'est ainsi que des interventions issues de l'accompagnement à l'emploi, comme TAPAJ, ou certaines actions de SE (31), ou encore d'accompagnement au logement, comme "*housing first*" (programme "Un chez-soi d'abord" en France), peuvent permettre, en répondant à l'attente première des patients (un travail, un logement...), de favoriser leur inscription dans un projet global de soins, y compris psychiatriques, à l'égard desquels ils étaient a priori indifférents voire même hostiles, mais aussi d'améliorer l'efficacité des soins psychiatriques quand ils étaient déjà engagés. C'est tout le sens d'un important éditorial récent du *JAMA* qui insiste sur l'importance cruciale des approches conjointes et donc de l'accompagnement psychosocial (CSC : *coordinated specialty care* – soins coordonnés spécialisés), notamment dans les pathologies psychiatriques sévères (45).

Concernant les addictions aux drogues, l'accompagnement est même une clef absolument essentielle. Les facteurs prédictifs principaux d'une évolution péjorative vers une addiction sévère sont en effet la présence associée de troubles de la personnalité (i.e., état-limite, antisociale) (46). Ces troubles sont marqués par le stress, l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle et relationnelle, avec de fréquents antécédents d'enfance chaotique et de troubles majeurs de l'attachement (47). C'est donc bien la prise en compte de ces troubles et leur traitement, essentiellement par l'accompagnement psychosocial, qui permettra secondairement d'avoir un impact bénéfique sur leur addiction, comme nous avons pu le montrer dans un travail auprès de jeunes femmes de la rue à Bordeaux (48-51).

## TAPAJ et réduction des risques

Cette culture professionnelle est très présente dans le domaine des addictions du fait de l'importance prise par l'approche dite de "réduction des risques" (RDR). Elle a démontré que c'est bien souvent en renonçant à leur volonté présomptueuse de guider les patients sur la voie qui leur semble la meilleure que les professionnels peuvent les aider réellement à avancer. Il a fallu se départir de l'exigence préalable d'une "vraie" demande de soins de la part du patient, une "noble" demande de sevrage, pour apprendre à accompagner sa demande à lui : des seringues, un traitement de substitution, une aide sociale, une écoute, une simple réduction de consommation sans abstinence complète, un travail, un logement... Comme le rappelle Soulet, il ne s'agit plus de pousser la personne à "*changer de vie, c'est-à-dire cesser d'être toxicodépendant en abandonnant toute consommation, dans une véritable conversion identitaire*" mais de l'aider à "*changer sa vie*" en soutenant au contraire un processus de subjectivation (52).

Cela impose aussi de sortir des institutions et d'aller au-devant des patients, y compris dans la rue. C'est ainsi que professionnels et patients peuvent arriver à construire un projet commun, global et collaboratif. Ce projet est aussi évolutif et doit également intégrer les attentes et les méthodes des professionnels du soin de l'addiction. Dans l'accompagnement, c'est l'autre qui détermine la direction et le rythme, mais les professionnels apportent l'aide de leurs savoirs et compétences pour mieux arriver à avancer. C'est tout l'enjeu actuel de combiner et non pas d'opposer les approches de RDR

et de soins (53). On se fait moins bien entendre en se confrontant qu'en s'écouter et en s'alliant, c'est également la grande leçon des approches motivationnelles (54) ou de psychiatrie positive (55).

Un exemple récent dans le domaine des addictions est particulièrement éclairant : le modèle exclusif de traitement proposé pour la dépendance à l'alcool est longtemps resté celui de l'abstinence (immédiate, totale et définitive...). Beaucoup de patients ne s'engageaient pas dans cette voie parce qu'elle leur semblait inatteignable ou parce qu'elle ne correspondait pas à leurs attentes, la plupart d'entre eux souhaitant "simple" revenir à une consommation limitée ou maîtrisée. De ce fait, l'accès aux soins restait faible avec un *treatment gap* majeur entre les personnes présentant une dépendance et le nombre de celles qui accédaient à un traitement (moins de 10 % seulement selon l'OMS Europe). Les nouvelles recommandations au plan international (56) sont plus sensibles au point de vue des patients et acceptent des objectifs de simple réduction des consommations (fût-ce, à terme, jusqu'à l'abstinence). La demande de soins peut ainsi augmenter car l'offre est plus en phase avec les attentes des patients. Les études établissent aussi dans le cas de la dépendance à l'alcool que, toutes choses égales par ailleurs, c'est le traitement choisi par le patient, avec les objectifs qui correspondent le mieux à ses attentes, qui a le plus de chances de réussir (57). C'est ce qu'a parfaitement illustré dans notre pays la demande de nombreuses personnes ayant des problèmes d'alcool et impatientes d'avoir accès au baclofène (58). Cette exigence démontre que, bien souvent, le prétendu "déli de l'alcoolique" et donc son absence de demande de soins étaient plus une construction des professionnels due à leur offre de soins inadaptée qu'une réalité clinique. On peut en dire autant de notre expérience des usages de cannabis chez les adolescents. Nous arrivons d'autant mieux à les aider à réduire (ou à arrêter) qu'on ne met pas en avant a priori un objectif d'abstinence dans lequel ils ne se reconnaissent pas mais que l'on travaille sur leurs propres objectifs, initialement de simple réduction dans la grande majorité des cas (59).

C'est ainsi que TAPAJ, avec une offre de service adaptée aux demandes de ces jeunes, contribue à développer leur pouvoir d'agir et leur estime d'eux-mêmes et, par là-même, soutient leurs capacités de changement dans un réel parcours de santé, avec des bénéfices en termes de RDR et d'accès aux soins (psychologiques, addictologiques, somatiques).

Comme l'enseignent les maîtres-archers Zen, expérience reprise dans *Star Wars* lors de l'initiation au sabre-laser du jeune Luke Skywalker, c'est en se libérant de la volonté de réussir et en renonçant à viser une cible jusqu'alors inaccessible que l'on finit par l'atteindre.

## Conclusion

Ainsi, de la même manière, peut-être qu'après en avoir beaucoup reçu, TAPAJ peut rendre service à l'approche CM en développant un nouveau modèle où, s'inspirant de cette dynamique de RDR, on soutient la dynamique des personnes par des renforcements positifs (pas des punitions...), mais dans la poursuite d'objectifs qu'elles ont elles-mêmes définis et non dans la conformité à un programme de soins préétabli (60).

L'accès à un emploi accompagné, au-delà de son intérêt direct, permet dès lors de développer le pouvoir d'agir de ces personnes, d'améliorer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et, ce faisant, les aide à mieux prendre soin d'elles-mêmes, à réduire leurs pratiques à risque et à s'engager dans des projets de santé. En retour, cela impose aux opérateurs d'inscrire leur propre intervention, comme TAPAJ/CM, dans un dispositif intégratif où, quelle que soit la porte ouverte par le sujet, elle pourra donner accès à l'ensemble des services selon les principes du "no wrong door" (NWD) (61, 62) : "No wrong door! Any door is the right door!" ; "Pas de mauvaise porte ! Chaque porte doit être la bonne !" ■

**Liens d'intérêt.** – Les auteurs n'ont aucun lien d'intérêt à déclarer concernant ce travail.

J.-M. Delile, J.-H. Morales, K. Bertrand, G. Tapia, F. Vedelago  
TAPAJ – Travail alternatif avec paiement à la journée, un  
contingency management à la française ?

*Alcoologie et Addictologie*. 2018 ; 40 (3) : 252-260

## Références bibliographiques

- 1 - Higgins ST, Silverman K, Heil SH. Contingency management in substance abuse treatment. New York : The Guilford Press ; 2008.
- 2 - Ainscough TS, et al. Contingency management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017 ; 178 : 318-39.
- 3 - Ainscough TS, et al. Contingency management for tobacco smoking during opioid addiction treatment: a randomised pilot study. *BMJ Open*. 2017 ; 7 (9) : e017467.
- 4 - Orr MF, et al. Pilot investigation: randomized-controlled analog trial for alcohol and tobacco smoking co-addiction using contingency management. *Behavioural Pharmacology*. 2018 ; 29 (5) : 462-8.
- 5 - Ruan H, Bullock CL, Reger GM. Implementation of contingency management at a large VA addiction treatment center. *Psychiatric Services*. 2017 ; 68 (12) : 1207-9.
- 6 - DePhillippis D, et al. The national implementation of Contingency management (CM) in the Department of Veterans Affairs: attendance at CM sessions and substance use outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018 ; 185 : 367-73.
- 7 - Stitzer ML, Kellogg S. Large-scale dissemination efforts in drug abuse treatment clinics. In : Higgins ST, Silverman K, Heil SH, Editors. Contingency management in substance abuse treatment. New York : The Guilford Press ; 2008.
- 8 - Becker SJ, et al. Factors associated with contingency management adoption among opioid treatment providers receiving a comprehensive implementation strategy. *Substance Abuse*. 2018 ; March 29 : 1-5.
- 9 - McGovern MP, et al. A survey of clinical practices and readiness to adopt evidence-based practices: dissemination research in an addiction treatment system. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004 ; 26 : 305-12.
- 10 - McCarty D, et al. Direct care workers in the national drug abuse treatment clinical trials network: characteristics, opinions and beliefs. *Psychiatric Services*. 2007 ; 58 (2) : 181-90.
- 11 - Petry NM. Contingency management treatments: controversies and challenges. *Addiction*. 2010 ; 105 (9) : 1507-9.
- 12 - Petry NM. Contingency management for substance abuse treatment: a guide to implementing this evidence-based practice. New York : Routledge ; 2012.
- 13 - Delile JM. Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? *Psychotropes*. 2011 ; 17 (3-4) : 25-53.
- 14 - Miller PM. A behavioral intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*. 1975 ; 32 (7) : 915-8.
- 15 - Higgins ST, et al. A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*. 1991 ; 148 (9) : 1218-24.
- 16 - Higgins ST, et al. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*. 1993 ; 150 (5) : 763-9.
- 17 - Higgins ST, et al. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*. 1994 ; 51 (7) : 568-76.
- 18 - Higgins ST, Silverman K. Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions. Washington, DC : American Psychological Association ; 1999.
- 19 - Higgins ST, Petry NM. Contingency management. Incentives for sobriety. *Alcohol Research & Health*. 1999 ; 23 (2) : 122-7.
- 20 - Creyemey A, Morales JH. TAPAJ : des emplois alternatifs payés à la journée. *Vie Sociale et Traitements*. 2013 ; 3 (119) : 16-20.
- 21 - Kiesler CA. The psychology of commitment: experiments linking behavior to belief. New York : Academic Press ; 1971.
- 22 - Lussier JP, et al. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*. 2006 ; 101 (2) : 192-203.

- 23 - Donlin WD, Knealing TW, Silverman K. Employment-based reinforcement in the treatment of drug addiction. In : Higgins S, Silverman K, Heil S, Editors. Contingency management in substance abuse treatment. New York : The Guilford Press ; 2008.
- 24 - Regier P, Redish AD. Contingency management and deliberative decision-making processes. *Frontiers in Psychiatry*. 2015 ; 6 (76) : 1-13.
- 25 - Center for Substance Abuse Treatment. Integrating substance abuse treatment and vocational services. Rockville : SAMHSA, TIP series ; 2014.
- 26 - DeBeck K, et al. Interest in low-threshold employment among people who inject illicit drugs: implications for street disorder. *International Journal of Drug Policy*. 2011 ; 22 (5) : 376-84.
- 27 - Richardson L, Sherman SG, Kerr T. Employment amongst people who use drugs: a new arena for research and intervention? *International Journal of Drug Policy*. 2012 ; 23 (1) : 3-5.
- 28 - Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts (2<sup>nd</sup> edition). Copenhagen : OMS/WHO ; 2003.
- 29 - Cook JA, et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*. 2005 ; 62 (5) : 505-12.
- 30 - Cook JA, Burke-Miller JK, Roessel E. Long-term effects of evidence-based supported employment on earnings and on SSI and SSDI participation among individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Psychiatry*. 2016 ; 173 (10) : 1007-14.
- 31 - Hoffmann H, et al. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2014 ; 171 (11) : 1183-90.
- 32 - Silverman K, et al. Voucher-based reinforcement of cocaine abstinence in treatment-resistant methadone patients: effects of reinforcement magnitude. *Psychopharmacology*. 1999 ; 146 (2) : 128-38.
- 33 - Silverman K. Exploring the limits and utility of operant conditioning in the treatment of drug addiction. *The Behavior Analyst*. 2004 ; 27 : 209-30.
- 34 - Kashner T, et al. Impact of work therapy on health status among homeless, substance-dependent veterans: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. 2002 ; 59 (10) : 938-44.
- 35 - Wong C, et al. A therapeutic workplace for homeless alcohol-dependent individuals. Orlando, FL : CPDD ; 2004.
- 36 - Ti L, et al. The impact of engagement in street-based income generation activities on stimulant drug use cessation among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014 ; 141 : 58-64.
- 37 - Long C, et al. Income level and drug related harm among people who use injection drugs in a Canadian setting. *International Journal of Drug Policy*. 2014 ; 25 (3) : 458-64.
- 38 - Storti CC, et al. Unemployment and drug treatment. *International Journal of Drug Policy*. 2011 ; 22 (5) : 366-73.
- 39 - Hoffmann H, et al. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2014 ; 171 (11) : 1183-90.
- 40 - Modini M, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*. 2018 ; 209 (1) : 14-22.
- 41 - van Rijn RM, et al. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*. 2016 ; 73 (4) : 275-9.
- 42 - Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. Evidence does not make decisions, people do. *BMJ*. 2002 ; 324 (7350) : 1350.
- 43 - Glasziou P. Evidence based medicine: does it make a difference? *BMJ*. 2005 ; 330 : 92.
- 44 - von Bertalanffy L. Théorie générale des systèmes (1968). Traduction : Jean Benoist Chabrol. Paris : Dunod ; 1973.
- 45 - Dixon L. What it will take to make coordinated specialty care available to anyone experiencing early schizophrenia: getting over the hump. *JAMA Psychiatry*. 2017 ; 74 (1) : 7-8.
- 46 - Fenton MC, et al. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*. 2012 ; 107 (3) : 599-609.
- 47 - Compton WM, et al. Transitions in illicit drug use status over 3 years: a prospective analysis of a general population sample. *American Journal of Psychiatry*. 2013 ; 170 (6) : 660-70.
- 48 - Delile JM, et al. Femmes, stress post-traumatique et addictions. In : Plourde C, et al, Editors. Sortir des sentiers battus ; pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants. Montréal : Presses de l'Université Laval ; 2013.
- 49 - Perez-Dandieu B, et al. The impact of eye movement desensitization and reprocessing and schema therapy on addiction severity among a sample of French women suffering from PTSD and SUD. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015 ; 146 : e68-9.
- 50 - Perez-Dandieu B, Tapia G. Treating trauma in addiction with EMDR: a pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2014 ; 46 (4) : 303-9.
- 51 - Tapia G, et al. Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: a pilot study. *Journal of Substance Use*. 2017 : 1-7.
- 52 - Soulet MH. Changer sa vie. *Vacances*. 2010 ; (53) : 78-81.
- 53 - Delile JM. En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'inscrire dans les stratégies de prévention et de soins et les améliorer dans tous les domaines des addictions ? *Alcoologie et Addictologie*, 2017 ; 39 (3) : 246-65.
- 54 - Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement (Motivational interviewing: helping people change, 3<sup>rd</sup> Edition). Paris : InterÉditions ; 2013.
- 55 - Jeste D, et al. Positive psychiatry: its time has come. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2015 ; 76 (6) : 675-83.
- 56 - Reus VI, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2018 ; 175 (1) : 86-90.
- 57 - Orford JIM, Keddie A. Abstinence or controlled drinking in clinical practice: a test of the dependence and persuasion hypotheses. *British Journal of Addiction*. 1986 ; 81 (4) : 495-504.
- 58 - Delile JM. Baclofène : assez tergiversé ! In : Supplément technique 1. Paris : Fédération Addiction ; 2012.
- 59 - Delile JM. Usage du cannabis : repérage et évaluation des facteurs de gravité. *Rev Prat*. 2005 ; (55) : 51-63.
- 60 - Delile JM. Accompagner autrement : il faut trouver la voie ! In : Chauvet A. L'art d'accompagner autrement. Différents regards. Auriol : Éditions Kelvoa ; 2017.
- 61 - Rush B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2010 ; 27 (6) : 617-36.
- 62 - Bertrand K, Alunni-Mennichini K, Aubut V. Revue de littérature concernant le principe de "no wrong door" pour les adultes aux prises avec une consommation problématique d'alcool et de drogues. Faits saillants. Montréal : AIDQ ; 2015.