



MATTHIEU FIEULAINÉ,

ASSOCIATION SANTÉ !

« CE N'EST PAS L'ALCOOL
QUI POSE PROBLÈME, CE
SONT SES CONSÉQUENCES »

Addiction(s) : recherches et pratiques a interrogé Matthieu Fieulaine, responsable associatif et chargé du développement de l'association française SANTÉ !, sur le projet d'intégration de l'approche de réduction des risques liés à la consommation d'alcool dans les protocoles de prise en charge de CSAPA¹ en ambulatoire. Menée en partenariat avec la Fédération Addictologie, cette expérimentation remet en question les pratiques de terrain des professionnels des centres, au bénéfice des usagers d'alcool.

**ADDICTION(S) : RECHERCHES
ET PRATIQUES : POUVEZ-VOUS NOUS
PRÉSENTER VOTRE ASSOCIATION ?**

Matthieu Fieulaine : L'association SANTÉ ! est toute jeune puisqu'elle existe depuis à peine plus de deux ans. Nous faisons la promotion de la réduction des risques liés aux usages d'alcool. Attention, lorsque nous parlons de réduction des risques, il ne s'agit pas de réduction des consommations. Il s'agit de « faire avec » les consommations d'alcool, plutôt que de « faire sans », « faire malgré » ou « faire comme si ».

**ADDICTION(S) : RECHERCHES
ET PRATIQUES : QUELS SONT
VOS AXES D'INTERVENTION ?**

Matthieu Fieulaine : Notre action se décline en trois axes.

Tout d'abord, nous intervenons directement auprès des usagers, principalement dans notre lieu d'accueil bistrotier à Marseille. Lorsque l'on parle d'alcool avec les personnes mais que le produit est absent, celles-ci ont tendance soit à dramatiser leur consommation, soit à ne rien en dire. Quand le produit est là, elles ont un discours beaucoup

plus libre. En les accueillant autour d'un verre, nous créons les conditions d'un accueil différent pour une alliance thérapeutique et une parole différente.

Nous soutenons par ailleurs les actions d'auto-support et d'entraide pour les consommateurs d'alcool, autour de la devise « rien sur nous sans nous ». L'auto-support est né chez les consommateurs de substances illicites ; il existe peu de propositions pour l'alcool, en-dehors des associations néphalistes, qui basent leur projet sur l'abstinence. Contrairement à des représentations très répandues, les usagers d'alcool essaient plein de stratégies de réduction des risques. Or leur parole est décrédibilisée : il faudrait repenser l'intervention à partir de ce que les premiers concernés en disent.

Notre deuxième axe d'intervention consiste à aider les professionnels à s'emparer de la réduction des risques liés à la consommation d'alcool. Ceux du champ spécialisé en addictologie bien sûr, mais aussi les lieux d'hébergement pour les personnes sans domicile, les hôpitaux, les cabinets de médecine générale... pour leur permettre d'intervenir avec des solutions efficaces, au lieu de laisser faire ou, à l'inverse, de culpabiliser les personnes. Nos partenariats avec les établissements se déroulent en deux temps : d'abord une formation, puis, pendant un an, l'élaboration d'un protocole d'intervention. Notre objectif est d'ancrer « l'outil réduction des risques alcool » partout où la problématique se pose.

Notre troisième axe d'intervention, c'est le plaidoyer. Tous les freins au développement de la réduction des risques alcool sont le résultat de plus de 2000 ans de discours sur le produit : l'alcoolisme doit cesser d'être perçu comme une maladie honteuse. Ce discours est d'autant plus hypocrite que la France est un pays où l'on enseigne par ailleurs la consommation d'alcool. On assiste, à travers ces représentations, à la mise à mort symbolique des usagers, soit en faisant comme si leur consommation n'existait pas, soit en les rejetant. Faisons un pas de côté et regardons les choses autrement ! Je suis convaincu que s'il y a du déni chez les consommateurs d'alcool, il provient du discours social : si l'on avoue que l'on boit, on est « mort » socialement. On peut dire à son entourage « en ce moment, je fume trop » ; on ne peut pas dire « en ce moment, je bois trop ».

ADDICTION(S) : RECHERCHES ET PRATIQUES : COMMENT DÉFINISSEZ-VOUS LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Matthieu Fieulaine : Nous défendons l'idée qu'une offre cohérente d'accompagnement – et par conséquent une politique de santé publique adaptée –

doit pouvoir répondre à trois options laissées au choix de la personne accompagnée : l'arrêt des consommations, leur modification, ou bien le maintien dans l'usage. Cette dernière option reste très peu outillée aujourd'hui en France. Pour les professionnels, cela implique un changement fort de paradigme : travailler sur le qualitatif plutôt que le quantitatif de la consommation, sortir de la dichotomie entre « boire bien » et « boire mal », travailler la « picologie », c'est-à-dire l'analyse fine des manières de boire qui met en exergue autant les bénéfiques que les effets négatifs de la consommation. Arrêtons de dire que les gens ont un problème d'alcool : disons plutôt que les gens trouvent des solutions dans l'alcool, et que cela leur pose des problèmes.

Nous essayons d'agir sur la qualité de vie plutôt que sur la santé, et seule la personne accompagnée peut évaluer sa qualité de vie. À partir de là, il s'agit d'une négociation sur les objectifs de l'accompagnement : qu'est-ce qui est prioritaire pour l'usager dans son contexte de vie ?

ADDICTION(S) : RECHERCHES ET PRATIQUES : POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE LES PRATIQUES DES CENTRES DE SOINS DOIVENT ÉVOLUER ?

Matthieu Fieulaine : Anthropologue de formation, j'ai travaillé depuis auprès d'établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des addictions, notamment des CSAPA. J'y ai constaté que l'offre d'accompagnement proposée correspondait à certains besoins, mais laissait de nombreuses personnes sur le bord de la route, notamment celles en situation de grande précarité. Pour une partie des usagers, les projets centrés sur l'abstinence sont inopérants : les personnes multiplient les sevrages, en vain, et culpabilisent de leurs « échecs ».

En outre, les usagers d'alcool ne sont pas les bienvenus dans les structures d'hébergement, qui interdisent généralement toute consommation dans leurs murs². Parfois, le centre d'hébergement demande à l'usager d'arrêter de boire pour être accueilli, et, dans le même temps, le centre de soins en alcoologie attend une stabilisation de la situation de la personne pour commencer à l'accompagner... Au milieu des années 2000, si tu étais à la rue, il valait mieux être toxico qu'alcool : au moins, pour les drogues illicites, il y avait les CAARUD³, les *sleep'in*, qui font de la réduction des risques. Mais ce vide de proposition pour les personnes qui souhaitent maintenir leurs consommations est valable également pour les publics non précaires.

La difficulté avec l'alcool, c'est qu'il n'y a pas de matériel comme pour la toxicomanie. Du coup,

pendant longtemps, la réduction des risques alcool s'est résumée à Sam, le conducteur en soirée, celui qui ne boit pas⁴...

Un autre écueil réside dans le fait de réduire l'accompagnement à des questions médicales : les gens sont en difficulté bien avant de souffrir médicalement. Par exemple, beaucoup de femmes s'interdisent pendant des années d'aller vers le soin car elles ont trop honte de leurs consommations. En outre, l'intervention française est traditionnellement étiologique : dès lors qu'on repère une consommation, on va s'attaquer à la cause, ce qui n'est pas forcément opérant. Enfin, dans les centres, l'alcool est absent, la consommation interdite. Comme on y parle rarement des bénéfices liés à son usage, c'est comme si le produit était doublement absent : il devient le mauvais objet, ce qui, à mon sens, contribue à sa diabolisation.

ADDICTION(S) : RECHERCHES ET PRATIQUES : CONCRÈTEMENT, QUELLES MODIFICATIONS DES PRATIQUES PROPOSEZ-VOUS ?

Matthieu Fieulaine : Je pense qu'il faut développer un accompagnement basé non pas sur le changement des pratiques d'usages, mais sur la gestion et la sécurisation de ces pratiques, ce qui, par ailleurs, permet de créer les conditions optimales d'un potentiel changement. Et cet accompagnement doit être médico-psycho-social, et disponible pour tous les usagers, pas uniquement les plus précoces.

La personne doit pouvoir choisir son objectif – arrêt, réduction ou maintien des consommations à moindre risque – à partir d'une analyse fine de la situation. Chaque objectif a ses moyens spécifiques. L'accompagnement du maintien des consommations devrait être proposé à toute personne qui en aurait besoin, quelle que soit sa situation, même si elle est en fin de vie à cause du produit.

L'arrêt ou la réduction des consommations ne devrait pas être une condition à l'accès à certains traitements, comme celui contre le VHC, ou la vitamino-thérapie contre la polynévrite. Au-delà des questions médicamenteuses, la réduction des risques alcool implique de nouvelles modalités d'intervention basées sur le qualitatif, sur le contextuel... Par exemple, pouvoir consommer sur son lieu de vie, c'est consommer dans un contexte sécurisé, et donc boire moins vite, ce qui est plus important que de boire moins.

On pourrait également revoir la proposition d'accompagnement social en partant du postulat que la personne ne changera pas ses consumma-

tions : réadapter la pratique professionnelle à l'usage ou réadapter l'usage pour qu'il ne mette pas en péril la pratique professionnelle, faire de la pédagogie auprès des proches, qui sont souvent inquiets et dans une injonction à l'arrêt...

ADDICTION(S) : RECHERCHES ET PRATIQUES : EN QUOI CONSISTE PRÉCISÉMENT VOTRE EXPÉRIMENTATION DE PROTOCOLES EN CSAPA AMBULATOIRES ?

Matthieu Fieulaine : Nous réfléchissons avec deux équipes de CSAPA volontaires (à Besançon et à Arles) à ce qui les met en difficulté sur le plan de l'alcool, aux outils qui leur manquent. Nous en sommes à la première étape, qui consiste à former les équipes et à s'assurer que tout le monde partage bien la même philosophie de réduction des risques.

Dans un second temps, nous allons déployer des outils, une méthodologie, qui nous permettront de modéliser, de formaliser des pratiques. Cela ne peut fonctionner que si les professionnels ne considèrent pas ces propositions comme un pis-aller par rapport aux modes d'intervention classiques. On voit bien l'importance des ancrages locaux : on ne boit pas de la même manière à Besançon qu'à Arles, ce qui induit des modalités d'intervention ajustées aux spécificités.

L'intérêt, c'est de partir des besoins des professionnels. L'une des structures, par exemple, accueille beaucoup de personnes orientées par la justice. L'une de ses préoccupations est donc de transformer les sessions obligatoires sur les méfaits de l'alcool en outil de réduction des risques efficace. Une autre préoccupation peut être le fait que l'entrée dans la substitution occasionne souvent une augmentation des consommations d'alcool. Or l'alcool a des effets sur le traitement de substitution, ce qui implique idéalement que le TSO soit ajusté à cette consommation.

Une fois ces deux expérimentations menées à terme et modélisées, nous diffuserons des protocoles et des outils de manière plus large et réfléchiront à un plan d'accompagnement pour les autres centres intéressés par la démarche. Rendez-vous fin 2017 pour en savoir plus !

2 Voir sur ce point le guide *Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble*, publié par la Fédération Addiction et la FNARS en décembre 2015

3 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogue

4 En France, SAM est le conducteur désigné, c'est-à-dire la personne qui, dans un groupe se déplaçant en automobile pour aller consommer de l'alcool, promet de rester sobre et de conduire au retour.