

NUMÉRO 02 - DÉCEMBRE 2017

AD^{DICTION}ION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE

CONSUMMATEURS
CONSUMMATRICES
USAGERS DE SOINS
USAGÈRES DE SOINS
CITOYENS
CITOYENNES

**Cette revue est publiée avec le soutien
de la DGS (Direction Générale de la Santé) en France**

Éditeur

La Fédération Addiction, Association Loi 1901, est propriétaire et assure
l'édition de la revue «Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale.»

Fédération Addiction
9 rue de Bluets
75011 - Paris
Tel : 01 43 43 72 38
Fax : 01 43 66 28 38
infos@federationaddiction.fr
SIRET : 529 049 421 00017 – NAF : 9499Z

Directeur de publication : Jean-Pierre Couteron, Président
Responsable de la rédaction : Nathalie Latour, Déléguée Générale
Coordinatrice : Cécile Bettendorff, Chargée de projet
Journaliste : Natalie Castetz
Conception et réalisation graphique : Nelly Gibert - Mediis Studio
Crédit photo de couverture : Fotolia

Partenaires de la revue :

AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec), au Québec
Fedito Bxl asbl (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes), en Belgique
Fedito Wallonne (Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes), en Belgique
GREa (Groupement romand d'études des addictions), en Suisse
RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec), au Québec

Nombre d'exemplaires : 5585

Imprimerie La Petite Presse

91 rue Jules Lécèsne
76600 - Le Havre

Date de parution : décembre 2017

Dépôt légal : mars 2017

Prix : 6€ l'exemplaire

ISSN : 2553-8330

SOMMAIRE

ÉDITO - LA PAROLE DES USAGERS

Jean-Félix Savary P. 04

L'USAGER, UN EXPERT ESSENTIEL DANS LA PRATIQUE DU VAPOTAGE

Natalie Castetz P. 05

LES MOLÉCULES DE LA DISCORDE

SOCIALISATION DES MÉDICAMENTS ET PREUVE PAR L'USAGE Francesco Panese P. 09

GUIDE MAÎTRISE TON HIT : INFORMER SUR LA CONSOMMATION À RISQUE RÉDUIT EN CONTEXTE DE PROHIBITION

Jean-François Mary, Jérôme Benedetti P. 12

L'IMPACT DES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES PARTENAIRES : PERCEPTION DE LEUR CONJOINT JOUEUR

Mélissa Côté, Joël Tremblay, Natacha Brunelle P. 14

LA PARTICIPATION DES USAGERS DE DROGUE DANS LE SYSTÈME DE SOINS EN ADDICTOLOGIE : UNE REVUE DE LITTÉRATURE INTERNATIONALE

Emmanuelle Jouet, Tim Greacen P. 17

LA PARTICIPATION DES USAGERS À L'ÉPREUVE DU TERRAIN

Tiphaine Lacaze, Clément Chauvel, Natalie Castetz P. 21

ASSOCIER LES SAVOIRS : POUR UNE ADDICTOLOGIE COOPÉRATIVE

Alain Morel P. 25

ALCOOL : QUAND LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ ÉVOLUE... L'EXEMPLE DE DEUX DISPOSITIFS BELGES

Pascale Hensgens P. 28

YANN LE BOSSÉ : « NI SAUVEUR, NI POLICIER, NI MILITANT, QUELLE POSTURE L'INTERVENANT SOCIAL PEUT-IL ADOPTER ? »

Interview par Cécile Bettendorff P. 33

PAIRS AIDANTS ET RÉTABLISSEMENT DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS : L'EXEMPLE DE PROFAN

Michel Perreault et son équipe P. 36

LA PRÉVENTION PAR LES PAIRS DANS L'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

Natalie Castetz P. 39

CHEMSEX : VERS UNE PALETTE D'OUTILS DE PRÉVENTION, DE RÉDUCTION DES RISQUES ET UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE RENOUVELÉE

Fred Bladou P. 43

AUTOGUÉRISON ET SPIRITUALITÉ

Harald Klingemann P. 45

USAGERS DE DROGUES : LA STIGMATISATION DÉVASTATRICE

Interview par Pascale Hensgens P. 47

LA MÉDIATION SOCIALE, POUR NE PLUS SE PRIVER DE LA PAROLE DES USAGERS ET DE LEUR CAPACITÉ D'AGIR

Interview par Cécile Bettendorff P. 49

SANTÉ MENTALE, PRÉCARITÉ : QUAND LES PERSONNES DONNENT DE LA VOIX

Natalie Castetz P. 52

THÉMATIQUE 2018 : MARCHÉS ET RÉGULATIONS

NOUVELLES POLITIQUES DE RÉGULATION DU CANNABIS Ivana Obradovic..... P. 55



© Patrick Martin



LA PAROLE DES USAGERS

Jean-Félix Savary,
secrétaire général du GREA
(Groupe romand d'études des addictions)

Les psychotropes restent aujourd'hui un sujet moral. Malgré l'engagement éthique des professionnels, les efforts réalisés pour objectiver la problématique, et en dépit des enseignements des sciences humaines, nous demeurons traversés de part en part par nos représentations sociales et culturelles. Notre engagement pour

mettre à distance les injonctions sociales ne doit pas nous faire oublier que nous restons, quoi qu'il arrive, captifs de la perspective dominante qui a cours dans notre société. Et c'est bien normal, nous sommes avant tout des êtres de culture et nous avons besoin de partager un socle commun de valeurs, qui fonde le « vivre ensemble ».

Or, la culture occidentale a développé un rapport pathologique aux substances, considérées comme nos ennemies depuis plus d'un siècle. C'est pendant le renouveau moral de la deuxième partie du XIX^{ème} siècle que la dépendance a été inventée. Quelle place peuvent encore avoir les usagers, dans un contexte où le tort moral de la consommation de produit renvoie inexorablement à une position d'infériorité ? Le déficit structurel de représentation des personnes concernées en fournit une première illustration. Dans un contexte de condamnation sociale, la parole se fait rare, condition de la reproduction des stigmates. La vraie question serait plutôt la suivante : « *quelle place devons-nous donner aux usagers ?* » Dans une perspective de soin, la réponse s'impose d'elle-même : toute la place. En effet, si l'objectif est bien de soulager la souffrance, la personne concernée se doit de parler en premier.

L'argument de la « responsabilité limitée » a souvent été opposé à cette ouverture. Les produits embrumant l'esprit, la parole des consommateurs de substances deviendrait suspecte et la rationalité s'effacerait. Il existerait ainsi une raison valable de priver de leurs droits des personnes devenues captives de leur propre compulsion. Benjamin Rush fut le premier à parler de « maladie de la volonté » à la fin du XVIII^{ème} siècle. Ce psychiatre puritain, cosignataire de la déclaration d'indépendance des États-Unis, est le premier à pathologiser les personnes dépendantes à l'alcool. Il justifie ainsi un droit de contrainte, pour forcer des personnes à aller mieux. Alors que les droits humains arrivent à maturité et que l'on proclame ces principes dans la déclaration d'indépendance des États-Unis, la même plume les soustrait aussitôt pour quelques-uns. Tout au long du XX^{ème} siècle, cette posture bienveillante et paternaliste a longtemps infusé notre domaine et, plus généralement, celui de la santé mentale.

Que de chemin parcouru durant le XX^{ème} siècle. Inauguré avec l'instauration de la prohibition, il s'est terminé sur la montée en puissance du paradigme de la réduction des risques, du respect et de la réinstauration des droits humains, comme principe cardinal de notre champ d'intervention. Les droits doivent s'appliquer à tous, et nul ne saurait s'arroger l'autorisation de les supprimer. Mieux, il est de la responsabilité du collectif de les garantir et de favoriser leur expression, notamment pour des groupes ou des personnes en situation de précarité ou de stigmatisation. Dans un système de soins qui prend acte des différences de personnes et de parcours, il n'est plus possible de « savoir pour autrui ».

Ainsi, il ne s'agit pas de s'interroger sur le bien-fondé de la parole des usagers. Celle-ci s'impose dès que l'approche paternaliste s'éloigne. Il convient plutôt de réfléchir aux conditions de son émergence, au cadre qui favorise ou qui inhibe la prise de parole citoyenne. Le droit à la parole ne s'exerce vraiment que dans un contexte où elle se trouve reconnue et légitime. Paradoxalement, les professionnels ont un rôle à jouer. Longtemps désignés comme porte-paroles, ou experts, qui s'expriment au nom de personnes sans voix, ils se doivent de faire place et d'accepter l'émergence d'un nouveau savoir, expérientiel, qui vient concurrencer le leur. Cela implique aussi d'activement créer les conditions pour que chacun bénéficie de la même autorité pour participer aux débats. Ce chemin, nous devons le faire ensemble. Usagers et professionnels partagent ce même idéal, comme tant d'autres avant eux, des mouvements LGBT à ceux promouvant les droits civiques : celui d'être des activistes des droits humains.



Julien Le Vaillant
vice-président de l'association
la « Vape du cœur » (France)



© DR

Dr Nathalie Lajzerowicz
médecin dans le service d'addictologie
de l'hôpital suburbain du Bouscat (Gironde),
chargée d'enseignement à l'Université
de médecine de Bordeaux (France)



© Barbara Pollier



© DR



Olivier Théraulaz
président de l'association
« Helvetic Vape » (Suisse)

L'USAGER, UN EXPERT ESSENTIEL DANS LA PRATIQUE DU VAPOTAGE

Natalie Castetz, journaliste

Les usagers tiennent une place centrale dans l'essor de la vape en France en tant qu'alternative au tabac chez les fumeurs. Leur expertise permet également de minimiser les potentiels effets négatifs. En Suisse, ils se battent pour une nouvelle réglementation en faveur du vapotage.

Dès l'origine du phénomène, l'utilisateur est présent. L'histoire même du vapotage en France montre que c'est lui, l'utilisateur de la cigarette électronique, qui lui donne son nom. « En 2008, lors d'un sondage sur Internet, les utilisateurs ont été invités à faire des propositions de dénomination de l'usage de la cigarette électronique, retrace le Dr Nathalie Lajzerowicz, médecin dans le service d'addictologie de l'hôpital suburbain du Bouscat (Gironde) et chargée d'enseignement à l'université de médecine de Bordeaux. Plusieurs appellations avaient été imaginées comme « fluver », « brumer » mais c'est le mot « vapoter » qui a été retenu. Le terme s'est ensuite répandu et décliné sous toutes ses formes... »

L'USAGER EXPERT DE SA TECHNIQUE

Inventée en Chine, en 2000, par un pharmacien lui-même fumeur, Hon Lik, la cigarette électronique est arrivée en Europe dans les années 2006-2007.

Les appareils se sont alors essentiellement vendus sur Internet. Quelques pharmaciens les ont proposés, suivis par les boutiques spécialisées à partir de 2012. « Les usagers ont pris leur place à tous les niveaux du développement de l'e-cigarette, résume Nathalie Lajzerowicz. Dans sa dénomination mais aussi dans la communication et le développement du produit. »

Car ce produit est rapidement apparu comme nouveau, moderne, ludique, peu coûteux et plus sain que le tabac. La communauté de la cigarette électronique s'est aussitôt montrée très active sur Internet : les utilisateurs ont développé de véritables réseaux d'entraide et de soutien via les forums, les blogs et sites d'information sur lesquels ils ont échangé conseils et expériences. Ainsi, le site de l'Association indépendante des utilisateurs de la cigarette électronique (Aiduce)¹ a vu sa fréquentation passer de 3 000 à un million de visiteurs par mois entre 2013 et 2016. « L'outil évolue très vite dans sa forme, ses performances et ses modalités d'utilisation, rappelle l'universitaire. L'utilisateur est devenu expert de sa technique. »

ÉLABORATION DES NORMES DE QUALITÉ

Les utilisateurs se sont aussi investis dans le marché de l'e-cigarette pour développer le produit lui-même, avec le plus souvent des fabricants et des distributeurs, eux-mêmes usagers. « 2 500 boutiques spécialisées se sont ouvertes et les professionnels se sont organisés en fédération, la FI-VAPE², qui a un rôle important dans la résistance à la reprise en main du marché par les cigarettes », note Nathalie Lajzerowicz. Les usagers eux-mêmes se sont rassemblés en associations : « ces regroupements et cet essor de la communication ont largement nourri le sentiment d'appartenance à une communauté, qui est un pilier important de la motivation humaine. »

Ces usagers-fabricants ont également développé la construction de l'outil, sa vente, la production des e-liquides. Le but est d'en renforcer l'efficacité et d'en diminuer la nocivité. « Ils se sont même emparés de la qualité certifiée du produit : sécurité de l'outil, traçabilité, analyse des e-liquides et des aérosols. » Les représentants des usagers ont participé, aux côtés des fabricants, distributeurs et laboratoires de contrôle, aux groupes d'élaboration des normes de qualité, conduits depuis 2014 sous l'égide de l'Association française de normalisation (AFNOR) et du professeur Dautzenberg, pneumologue.

INTÉGRATION DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

Enfin, souligne Nathalie Lajzerowicz, « nous constatons l'importance croissante de la place de l'utilisateur dans le domaine de la santé, consacrée par le concept de démocratie sanitaire et la notion de patient-expert ». Notamment dans l'intégration de l'e-cigarette comme outil de RDR : « L'e-cigarette est de plus en plus proposée dans les CAARUD³ et les CSAPA⁴. » Et de citer le projet initié par Pierre Chappard au CSAPA de Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine, France) : les fumeurs se voient proposer un accompagnement vers la cigarette électronique et un apprentissage à l'utilisation d'un matériel adéquat. L'aide technique est apportée par les éducateurs et par un groupe d'auto-support constitué de vapoteurs expérimentés. Un partenariat avec les boutiques permet d'obtenir des outils et flacons à moindre coût. « Les résultats semblent probants, avec environ 20 % d'arrêt du tabac et 50 % de diminution. »

La même expérience est engagée dans un CAARUD de Montauban, et en préparation dans un CAARUD de Bordeaux. Lors du Moi(s) sans tabac 2016, l'association la Vape du cœur⁵ a coopéré avec le Réseau de prévention des addictions (Respadd)⁶ pour aider cent grands précaires en centres

d'accueil ou foyers, en fournissant du matériel. Des bénévoles ont assisté et formé les participants à l'utilisation de l'e-cigarette.

UN ENJEU POUR LA POPULATION PRÉCAIRE

Animant autour des problématiques tabac des groupes hebdomadaires de patients hospitalisés en addictologie, Nathalie Lajzerowicz constate : « les personnes défavorisées se tournent de plus en plus vers cet outil, avant tout pour des raisons économiques. » En 2016, près de 38 % des personnes à faibles revenus fument, contre 21 % de fumeurs parmi les plus hauts revenus, selon le Baromètre Santé sur le tabac 2016 publié par Santé publique France⁷. « La cigarette électronique constitue donc un fort enjeu pour la population précaire, et ce d'autant qu'elle est aussi plus concernée par des problèmes de santé et d'accès aux soins. »

Il s'agit donc bien de partir de la réalité des personnes, de leurs pratiques de consommation, des dommages qu'elles veulent réduire et des bénéfices qu'elles souhaitent conserver. « C'est à partir de cette réalité que l'on peut adapter les outils et les réponses aux risques pris par les usagers ». Et de conclure : « On ne peut qu'être d'accord avec Jean-Pierre Couteron⁸ qui souligne l'intérêt de l'e-cigarette pour une « évolution des comportements, au rythme de l'utilisateur », et pour permettre enfin une alliance thérapeutique dans le domaine du tabagisme. »

L'USAGER EN LIEN AVEC LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Lors des formations de médecins à la tabacologie qu'elle réalise, Nathalie Lajzerowicz constate que « les praticiens ne se positionnent pas facilement dans ce domaine qui fait encore l'objet de controverses par les autorités de santé ». Or, le professionnel de santé « a toute sa place » dans le parcours du fumeur qui tente d'arrêter le tabac, y compris au moyen du vapotage : il explique du point de vue médical pourquoi la cigarette électronique est beaucoup moins nocive pour la santé que le tabac, qu'il faut rester vigilant dans l'utilisation de l'outil, et surtout, « il conseille le vapotage exclusif car la persistance d'un tabagisme, même réduit, reste néfaste ». D'autre part, le professionnel de santé « poursuit l'accompagnement de l'utilisateur vers la recherche d'autres sources de gratification intégrées au quotidien ».

Un tutoriel Internet de formation sur l'e-cigarette vient d'être diffusé, en novembre 2017, réalisé avec médecins et chercheurs. Public ciblé : les professionnels de santé non spécialisés, « afin de leur transmettre les messages utiles à leur dialogue avec les usagers ».

LA VAPE DU CŒUR, POUR INFORMER ET AIDER LES PLUS DÉMUNIS

Entre 2010 et 2016, « la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 35,2 % à 37,5 % parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus basse », selon le Baromètre santé 2016. C'est dire si la cigarette électronique est un enjeu fort pour les populations précaires. C'est à elles que s'adresse la *Vape du cœur*. Créée en 2015 en France pour distribuer du matériel aux plus défavorisés, l'association a depuis élargi sa mission : informer et sensibiliser. Au départ, raconte son vice-président Julien Le Vaillant, un petit groupe d'utilisateurs, *Frenchy-vape*, utilisait les réseaux sociaux (Facebook) pour échanger informations et conseils. Puis, « en voyant des gens ramasser des mégots de cigarette dans la rue dans un quartier populaire de Lyon, ce groupe a eu l'idée de lancer un projet, en 2014, pour permettre le partage du matériel de l'e-cigarette ». Le but : le recueillir puis le distribuer aux plus démunis, afin qu'ils aient « accès à une vape de qualité ». D'autant que « les difficultés financières étaient souvent évoquées par les vapoteurs ».

DES BÉNÉVOLES NON FUMEURS

La vape est évolutive et les technologies innovantes, alors les vapoteurs donnent du matériel dont ils n'ont plus l'usage. Les professionnels du secteur participent aussi au projet et les rendez-vous s'organisent via Facebook. Les premiers cartons se stockent ici et là, dans un garage : vaporisateurs personnels, e-liquides, accessoires... Les distributions se font au foyer de l'association lyonnaise *Notre-Dame des Sans-Abris*. Puis, les dons affluent, et les partenariats informels se multiplient, comme avec l'Aiduce. L'association *Les Petits frères des pauvres*⁹ à Paris ouvre ses locaux. Le mouvement se structure bientôt en association, créée en 2015 par Hichem Abdel, l'administrateur de *Frenchy-vape*.

Aujourd'hui, l'association compte 250 adhérents, dont une trentaine d'actifs. Le matériel donné est centralisé sur la région parisienne et des distributions ont lieu trois à quatre fois par semaine. Des bénévoles non fumeurs se sont joints à l'action et l'association travaille avec des CSAPA, CAARUD, hôpitaux et cliniques, les opérations de distribution se déroulant deux à trois fois par semaine.

« BRISER LA GLACE »

En 2015, l'association a été invitée par l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine) à tenir une permanence à l'entrée, au plus près des bénéficiaires. Les bénévoles y sont présents le mercredi matin, accueillant patients

de l'hôpital, visiteurs, personnels soignants : « nous distribuons des matériels selon la situation financière du visiteur, explique Julien Le Vaillant, mais nous sommes surtout à l'écoute, informons et sensibilisons à la pratique de la vape et aux outils de réduction des risques liés au tabagisme. »

Des usagers parlant à des usagers, cela permet de « briser plus facilement la glace ». Cet ancien technico-commercial dans le secteur du chauffage, qui travaille aujourd'hui dans une société fabriquant du matériel pour la cigarette électronique, nuance : « nous n'avons pas vocation à remplacer le staff médical. Nous travaillons avec les professionnels de la santé et nous nous investissons dans une démarche de réduction des risques pour aider l'utilisateur à consommer autrement que par le tabac fumé, qui tue près de 80 000 personnes par an en France. » À ce jour, environ 200 bénéficiaires ont été équipés directement par l'association et 1 500 indirectement, à travers les partenariats.

EN SUISSE, DU LOBBYING À L'ENTRAIDE ENTRE PAIRS, VIA LES ACTIONS EN JUSTICE

Si en France la cigarette électronique est un produit de consommation courante, d'accès totalement libre, il n'en est pas de même en Suisse. Face à une réglementation administrative différente, les usagers se sont organisés. *Helvetic Vape*¹⁰, la seule association d'usagers en Suisse, joue le rôle de porte-parole et d'interlocuteur auprès des pouvoirs publics. Car si l'usage de la vape en lui-même n'est pas réglementé en Suisse, « l'interdiction de vendre des liquides contenant de la nicotine oblige les vapoteurs à se procurer leurs flacons de liquide avec nicotine à l'étranger », explique Olivier Théraulaz, président d'*Helvetic Vape*. Les particuliers ont le droit d'importer pour leur consommation personnelle des fioles avec nicotine de 150 ml par période de soixante jours. Ils le font en passant par la frontière ou en les commandant via Internet.

² www.fivape.org

³ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques

⁴ Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

⁵ <https://lavapeducoeur.fr>

⁶ www.respadd.org

⁷ Pasquereau A., Gautier A., et al. (30 mai 2017). Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°12. [en ligne] <http://invs.santepubliquefrance.fr>

⁸ Psychologue clinicien au CSA-PA le Trait d'Union (92) et président de la Fédération Addiction

⁹ www.petitsfreresdespauvres.fr

¹⁰ <http://helveticvape.ch>

¹¹ www.suchtmonitoring.ch

LUTTER CONTRE UNE INTERDICTION

A en croire les dernières statistiques officielles du Monitoring suisse des addictions¹¹, le vapotage stagnerait entre 8000 et 10 000 usagers. *Helvetic Vape* conteste les chiffres, « *résultat d'enquêtes téléphoniques peu fiables* ». Les professionnels de la vape annoncent de leur côté une croissance de leur chiffre d'affaires et Olivier Théraulaz l'assure : « *s'il y a trois ans, il était rare de croiser un vapoteur dans la rue, c'est devenu courant aujourd'hui. Il y a de plus en plus de vapoteurs en Suisse mais notre pays reste en retard. Nous sommes malheureusement encore loin de reconnaître le vapotage comme outil de réduction des risques.* »

Alors, le cheval de bataille de l'association créée fin 2013, peu après l'Aiduce en France, est la lutte contre l'interdiction de la nicotine. Forte de ses quelque 450 adhérents, *Helvetic Vape* ambitionne de faire en sorte qu'une nouvelle réglementation soit favorable au vapotage. « *Tous les fumeurs devraient avoir accès à cet outil de réduction des risques, ce qui ferait baisser le taux de prévalence du tabagisme, stable depuis près de dix ans. Il est temps d'essayer d'autres moyens de lutter contre le tabagisme que la prévention !* » Olivier Théraulaz insiste : « *Il n'y a aucune justification scientifique ou juridique à maintenir une telle prohibition sur des outils de réduction des risques et des dommages liés à la consommation de nicotine.* »

« BÉNÉFICES SOUS-ESTIMÉS »

Pour se faire entendre, l'association effectue d'abord un travail d'information auprès des médias et des politiques afin de « *communiquer sur les bénéfices, sous-estimés, et les risques réels du vapotage, trop surestimés* ». *Helvetic Vape* veut « *combattre des oppositions d'ordre moral, basées sur des peurs hypothétiques. Nous souhaitons une analyse pragmatique des faits* ».

Les actions de lobbying prennent des tournures diverses. Ainsi, en mai 2015, l'association organise à Berne une vente publique de produits nicotinés lors de la *Vape Mob européenne*. L'association conteste la légalité de la décision administrative datant de 2009 qui interdit la vente de nicotine : une démarche juridique a été engagée en 2014, devant le tribunal administratif fédéral, avec deux magasins spécialisés. La procédure est en cours.

ATELIERS D'INFORMATION

Dans le cadre du projet de loi sur les produits du tabac, *Helvetic Vape* a défendu sa position lors de la phase de consultation publique sur la stratégie nationale et lors de son audition, en 2016, par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-E). Elle semble avoir été entendue : la commission a réclamé « *une réglementation différenciée pour les produits de vapotage* ». Et *Helvetic Vape* est attentive à la présentation de la deuxième version du projet de loi sur les produits du tabac, sortie fin 2017.

L'association aimerait développer des ateliers pour les nouveaux vapoteurs et les fumeurs intéressés : « *on trouve aujourd'hui toutes les informations utiles sur Internet, via les réseaux sociaux, les forums. Mais tout le monde n'y va pas et des séances d'informations sur les bénéfices, risques, et pratiques du vapotage seraient utiles pour beaucoup d'usagers de nicotine.* »



© Félix Imhof DR

Francesco Panese,

professeur associé d'études sociales des sciences
et de la médecine à l'Université de Lausanne (Suisse)

1 L'usage *off label* du Baclofène correspond en France à l'usage du médicament hors RTU (recommandation temporaire d'utilisation) élaboré par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).

LES MOLÉCULES DE LA DISCORDE SOCIALISATION DES MÉDICAMENTS ET PREUVE PAR L'USAGE

NB : cet article est une version légèrement remaniée et actualisée de l'article paru dans le Magazine Dépendances publié par le GREA (Panese, 2015)

UN ENJEU : CONSTRUIRE DES CONNAISSANCES CRÉDIBLES EN MATIÈRE D'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

La controverse sur l'usage *off label* – c'est à dire pour une indication non approuvée par l'agence de régulation des médicaments¹ – du *Baclofène*, ce médicament favorisant la relaxation des muscles à une substance efficace à haute dose contre l'assuétude à l'alcool, nous offre l'occasion de réfléchir aux aspérités qui caractérisent parfois les processus de validation de l'efficacité des médicaments. Elle révèle des tensions au cœur de l'économie de la preuve en matière thérapeutique et, plus spécifiquement, pharmacologique. Ces tensions se situent à plusieurs niveaux, dont les plus importants sont essentiellement la connaissance scientifique, les pratiques des usagers, les intérêts et les stratégies économiques, et la gouvernance en matière de santé. La production et les usages des médicaments sont en effet profondément marqués par leurs contextes spécifiques, aux niveaux social, politique, économique et moral. Ils sont dès lors orientés par le jeu de positions et d'actions d'acteurs d'autant plus hétérogènes – individuel ou collectifs, institutionnel ou non – que l'efficacité des substances est controversée. Ces acteurs co-élaborent et/ou mobilisent des normes scientifiques, des normes socio-sanitaires et des valeurs subjectives, auxquelles s'at-

tachent des modes spécifiques d'action, autant d'éléments dont les étroites interactions peuvent donner lieu à tensions et, parfois, controverses. La question qui se pose dès lors est celle de savoir comment ces divers acteurs tentent de construire des connaissances crédibles en matière d'efficacité thérapeutique de substances pharmaceutiques disponibles à la prescription et à la consommation.

PSYCHOTROPES ET PLASTICITÉ PHARMACOLOGIQUE

Cette question se complique quand on l'applique à des substances aux effets psychotropes, ce qui est le cas dans l'usage *off label* du Baclofène : il relève d'un tropisme psychologique dans la mesure où il agit sur la modulation de l'activité mentale du sujet (personnalité, émotions, comportements, désirs, etc.), même s'il a été développé et est utilisé à des fins somatiques.

Philippe Pignarre a démontré la difficulté de mettre en évidence le « témoin fiable » de l'efficacité d'une substance qui vise un effet psychotrope, soit « *quelque chose qui peut être sorti du corps humain et transporté (comme un germe), soit pour faire un diagnostic de laboratoire, loin du face-à-face médecin-patient, soit pour créer des modèles pharmacologiques permettant de tester des candidats-médicaments avant l'entrée dans les essais cliniques* » (Pignarre, 2001a : 242). Il importe en d'autres termes de relever la difficulté récurrente –

voire parfois l'impossibilité – d'identifier en pareils cas des marqueurs biologiques clairs et stables de cette modulation de l'activité mentale et, réciproquement, de comprendre biologiquement l'action métabolique des substances constatée cliniquement. Dans le cas des psychotropes, cette absence de témoin fiable peut remettre en question le paradigme étiologique classique d'une corrélation robuste entre une substance, et une cause déterminée et connue d'un trouble spécifique identifié. Dans ce cas, explique Pignarre, « *le médicament joue deux rôles : celui de thérapeutique mais aussi celui du témoin fiable absent* » (Pignarre, 2001b : 68). L'une des conséquences importantes de ce phénomène est ce que l'on pourrait appeler la « plasticité pharmacologique » des substances, soit leur capacité à avoir des effets thérapeutiques divers sur des troubles différents dont on ne connaît pas clairement les bases organiques.

Cette plasticité pharmacologique va être au cœur de la quête d'effets thérapeutiques insoupçonnés de substances connues qui va caractériser la recherche pharmacologique, surtout dès les années 1950. Émerge alors une nouvelle économie de la recherche et développement pharmaceutique : les critères diagnostiques vont progressivement évoluer au rythme auquel les laboratoires inventent de nouveaux traitements. L'une des stratégies de l'industrie va consister à faire varier les caractéristiques des groupes de patients jusqu'à ce que ce que l'un de ces groupes réponde de manière satisfaisante à une molécule candidate. On se souvient ici du cas de la chlorpromazine. En 1950, le chirurgien Henri Laborit et Pierre Huguenard mélangent différents antihistaminiques dans ce qu'ils appellent des « cocktails lytiques ». Laborit remarque que les patients ainsi traités sont détendus avant l'opération dont ils récupèrent parfaitement, constatant ainsi cliniquement un « effet de désintéressement ». Il demande alors à Rhône-Poulenc une molécule qui présenterait cet effet, non pas comme effet secondaire, mais comme qualité centrale. Il s'agit du 4560 RP, écarté par Rhône-Poulenc car trop sédatif et pas assez antihistaminique. Laborit le fera expérimenter en psychiatrie. On constatera les effets psychotropes de la chlorpromazine (Largactil®), médicament antipsychotique, sédatif, calmant, considéré depuis comme un antipsychotique typique. Dans le domaine des psychotropes en particulier, les molécules sont ainsi souvent identifiées par l'observation clinique d'effets collatéraux non prévus et non recherchés, investis pour redéfinir et/ou élargir leur spectre d'action, grâce à ce mélange de hasard et de sagacité qui a pris pour nom la sérendipité.

LE PÉRIMÈTRE DES ACTEURS LÉGITIMES DE L'EXPERTISE

Ce cas célèbre peut éclairer la trajectoire du *Baclofène* : une substance myorelaxante, autorisée dès 1975 dans le traitement de contractions mus-

culaires involontaires d'origine cérébrale ou liées à des affections neurologiques telles que la sclérose en plaques, ou encore faisant suite à d'autres types de lésions ou d'infirmités motrices d'origine cérébrale, substance qui poursuivra sa tribulation nosologique comme psychotrope dans le champ de la dépendance à l'alcool. Pour le sociologue, ce type de « migration nosologique » des substances thérapeutiques pose aussi la question centrale du périmètre des acteurs reconnus comme légitimes pour participer à l'expertise de leur(s) nouvelle(s) indication(s).

Des exemples historiques rappellent que ce périmètre a été et reste largement réservé aux professionnels – médecins, laboratoires et industries pharmaceutiques et instances d'accréditation – et que son extension aux usagers est encore souvent source de tensions. C'est par exemple ce qui s'est passé aux États-Unis dans les années 1980 à l'occasion de la controverse sur des médicaments antirétroviraux contre le SIDA, qui n'avaient pas encore obtenu l'autorisation de la *Food and Drug Administration* (FDA). Dans son étude exemplaire, le sociologue californien Steven Epstein tire une conclusion importante : « *à l'intérieur d'une arène large et diffuse, caractérisée par un périmètre poreux, un assortiment éclectique d'acteurs ont cherché à affirmer et évaluer leurs revendications. L'arène de construction des faits (fact making) englobera non seulement des immunologistes, des virologues, des biologistes moléculaires, des épidémiologistes, des médecins, les autorités fédérales de santé, et les différents experts accrédités, en plus des médias et des entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques. Ce périmètre englobera aussi un fort mouvement différencié d'activistes, accompagné de divers organes de communication alternatifs, y compris [dans ce cas] les publications d'activistes et la presse gay* » (Epstein, 1995 : 408-409 [nous traduisons et soulignons]). L'un des enseignements de cette controverse historique est que les mouvements « activistes », constitués d'usagers et de celles et ceux qui les soutiennent, sont susceptibles de développer des formes alternatives et « profanes » de crédibilité pouvant potentiellement bousculer la construction de l'expertise « savante » relative à l'effet de ces médicaments.

Il semble bien que de telles situations de tensions, voire de controverses, sont en passe de se multiplier. Elles témoignent de l'affirmation de la nouvelle figure sanitaire qu'Epstein avait finement identifiée : les « activistes de traitements » (*Treatment activists*) qui peuvent intervenir, dans certains cas de manière prépondérante, dans la conception, la conduite et l'interprétation des essais cliniques utilisés pour tester la sécurité et l'efficacité des médicaments. Parmi les cas récents, mentionnons par exemple l'affaire du *Levothyrox*® dans laquelle des patients-plaignants devenus précisément activistes de leur traitement ont tout d'abord constaté les effets qu'avaient sur eux une nouvelle formule du médicament, et ont traduit leur expertise d'usager en une plainte collective admise par les tribunaux français, lesquels ont imposé à l'entreprise Merck de rendre à nouveau disponible le produit dans son

ancienne formule. Et c'est sans doute ce même type de phénomène que l'on peut observer, *mutatis mutandis*, dans le cas du *Baclofène* : des prescripteurs et usagers qui s'inscrivent explicitement dans la voie du témoignage à la fois scientifique, personnel et moral d'un « pionnier » – Olivier Ameisen (2008) – tentent de faire valoir leur propre expérience dans l'arène de validation de l'efficacité de la substance contre l'alcoolisme, une substance, qui plus est, tombée dans le domaine public, diminuant ainsi drastiquement les avantages économiques de la preuve du bien-fondé de l'extension du spectre de sa prescription.

L'INTÉGRATION DE L'EXPERTISE PROFANE

La controverse du *Baclofène* n'est pas close² – et il n'incombe en aucun cas au sociologue d'opiner en la matière – mais sa simple existence nous indique une tension importante. Du côté biomédical, on s'accorde aujourd'hui sur un constat problématique : « *la vérification des pratiques de santé effectuées dans une variété de paramètres ont révélé qu'un haut niveau de qualité de preuve n'est pas toujours appliquée dans la pratique* » (Straus, Tetroe et al., 2011 : 7 [nous traduisons et soulignons]). Si l'on a pu penser ou espérer, dès les années 1980, que l'*Evidence based medicine* (EBM) permettrait de garantir ce « haut niveau de qualité de preuve », l'on peut légitimement se demander aujourd'hui quelles sont les raisons d'une telle situation problématique. Une réponse possible – et bien sûr partielle – réside peut-être dans l'oblitération, dans la logique EBM, d'un phénomène important, désormais bien étudié par les sciences sociales de la santé, et que l'ensemble

du réseau sanitaire ne devrait pas négliger : « *La constitution d'une expertise profane [joue] un rôle moteur dans le développement de la démocratie sanitaire : c'est en partie parce que certains mouvements ont su se faire reconnaître comme des interlocuteurs compétents, informés et porteurs d'un savoir propre que l'intégration des associations dans la gouvernance de la santé a progressé, dans un contexte marqué par des incertitudes et des controverses face auxquelles l'expertise médicale a montré ses limites* » (Akrich, Rabeharisoa, 2012 : 74). En matière de « modificateurs de comportements », pour paraphraser Claude Bernard (1858-1877), les incertitudes et les controverses sur l'efficacité des médicaments encourageraient une intégration plus généreuse – ce qui ne signifie pas moins rigoureuse – du fait qu'ils sont des objets complexes, fortement socialisés. La preuve de leur efficacité pourrait mieux intégrer l'usage qu'en font parfois des patients qui, dans l'urgence de la souffrance, ne peuvent trop attendre la sanction de l'autorité, une autorité à laquelle ils revendiquent précisément de prendre part. Cette reconnaissance pourrait bien s'affirmer comme un enjeu socio-sanitaire majeur, même s'il représente un point de butée de la « raison pharmaceutique » : le constat récurrent selon lequel les effets pharmacologiques des médicaments répondent rarement à une causalité simple, mais sont souvent la résultante d'une interaction complexe entre substance, expertise médicale, expertise expérientielle d'usagers et mode d'administration de la santé (Lakoff, 2008 :11)³, ce d'autant plus que les médicaments en question modifient la vie non seulement organique, mais aussi existentielle des malades.

² Mentionnons la publication en juillet 2017 des résultats de l'étude CNAMTS-INERM en France qui ont conduit l'ANSM à limiter la posologie maximale de prescription de ce produit, une décision remise en question par la publication d'un communiqué de médecins généralistes qui, par l'entremise de la Fédération Addiction, « émett[ai]ent de fortes réserves sur cette étude qui comporte [selon eux], des biais méthodologiques » et pour qui « les conséquences de l'absence de traitement à dose efficace, comme moyen de réduire les risques et les dommages liés à l'alcool, [seraient] autrement plus lourdes que les inconvénients du baclofène ». Sources consultées le 20 novembre 2017 : Inerm. (2017). *Résultats de l'étude sur les usages et la sécurité du baclofène en France entre 2009 et 2015*, [en ligne], <http://presse.inerm.fr> ; Fédération Addiction, Pôle MG Addictions. (2017) *Communiqué de presse : Restriction par l'ANSM de la prescription du baclofène : préservons la qualité de la prise en charge des patients*, [en ligne], www.federationaddiction.fr.

³ Relevons que c'est d'ailleurs là pour Lakoff l'une des raisons de la variabilité des réponses des sujets aux traitements médicamenteux.

Bibliographie

- Akrich, M., Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire, *Santé Publique*, 24/1, pp. 69-74.
- Ameisen, O. (2008). *Le dernier verre*, Paris : Denoël.
- Bernard, Cl. (1947 [or. 1858-1877]). *Principes de médecine expérimentale. Ou de l'expérimentation appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique*. Paris : PUF.
- Epstein, S. (1995). The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology, & Human Values*, 20/4, pp. 408-437.
- Lakoff, A. (2008). *La raison pharmaceutique*. Paris : Le Empêcheurs/Seuil.
- Panese, F. (2015). Les molécules de la discorde. Socialisation des médicaments et preuve par l'usage. *Magazine Dépendances*, 55, pp. 6-8.
- Pignarre, Ph. (2001a). Qu'est-ce qu'un psychotrope ? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression. *Ethnopsy, les mondes contemporains de la guérison*, n°2, pp. 241-292.
- Pignarre, Ph. (2001b). *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris : La Découverte, 176 p.
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, pp. 6-10.

GUIDE *MAÎTRISE TON HIT*: INFORMER SUR LA CONSOMMATION À RISQUE RÉDUIT EN CONTEXTE DE PROHIBITION

Jean-François Mary, *Directeur général, Association Québécoise pour la Promotion de la Santé des personnes Utilisatrices de Drogues (AQPSUD), Québec*

Jérôme Benedetti, *Chargé de projet, Association Québécoise pour la Promotion de la Santé des personnes Utilisatrices de Drogues (AQPSUD), Québec*

En tant qu'association québécoise créée par et pour les personnes utilisatrices de drogues en promotion de la santé et en défense des droits, l'éducation à la consommation à risque réduit est un volet important de notre action. Après plus de 10 ans à produire « L'Injecteur »¹, un magazine québécois, gratuit, on ne compte plus les articles sur le sujet. Pourtant, il n'existe pas encore au Québec un guide, à jour, clair et direct, pour à la fois informer les personnes utilisatrices sur les techniques recommandées, et former les intervenants, pour que, eux aussi, puissent transmettre ces informations. Nous avons donc créé *Maîtrise ton hit*, qui va prendre la forme de deux outils : une version courte sur les techniques principales et les modes de préparation, destinée aux personnes utilisatrices de drogues, et une version longue pour outiller adéquatement les intervenants..

UNE CERTAINE VISION DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Avec le remplacement de la Convention internationale sur l'opium par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, l'Organisation des Nations Unies (ONU) fait en sorte de mondialiser la prohibition des drogues. Le système prohibitionniste a, depuis, fait la preuve de son échec, tant en termes de réduction de l'offre que de réduction de la demande, aux dépens de la santé et des droits fondamentaux des personnes qui font usage de substances illicites. Ce système de régulation a, entre autres, été le moteur principal d'une conception réductrice de la consommation de drogue basée sur la peur et la désinformation. Avec l'épidémie de SIDA puis celle d'hépatite C, toujours en cours au moment où nous écrivons ces lignes, la réduction des méfaits est apparue. Après plus de 30 ans de réduction des risques, les acteurs sur le terrain en viennent de plus en plus à la conclusion que cette approche vise principalement à réduire les méfaits causés par la prohibition. Au cœur de ces stratégies de santé publique se trouvent les utilisateurs de drogues eux-mêmes. Ceux qui, par leur expertise et leurs savoirs, sont capables de déceler les distorsions engendrées par la prohibition et par l'image-rie que ce système a contribué à créer. C'est selon cette vision que l'AQPSUD développe l'ensemble de ses outils, et le guide sur la consommation à risque réduit *Maîtrise ton hit* ne fait pas exception.

Le fait de se concentrer sur les mesures de santé publique fait bien souvent perdre de vue l'élément

central relié à l'utilisation récréative de substances : le plaisir.

La consommation de drogues est pratiquée depuis des millénaires essentiellement car elle procure du plaisir, des plaisirs qui peuvent différer d'un individu à un autre. *Maîtrise ton hit* a été conçu pour permettre d'avoir du plaisir en prenant le moins de risques possible.

Maîtrise ton hit a été développé aussi pour les intervenants car certains d'entre eux, consciemment ou non, contribuent à la diffusion de stéréotypes, à leur production ou à leur maintien.

PAS JUSTE DE LA TECHNIQUE...

Un guide sur la consommation à risque réduit comporte inévitablement de nombreux éléments qui relèvent de la technique, notamment en ce qui a trait à l'injection. Ces éléments techniques proviennent en grande partie des meilleures pratiques reconnues pour éviter la contamination du matériel lors de la manipulation, de celles pour éviter la transmission de maladies infectieuses et surtout, du savoir expérientiel des personnes utilisatrices de drogues acquis après de longues années. Ces techniques doivent être réalistes, dans le sens où il faut qu'elles puissent s'intégrer dans le rituel de consommation des personnes, et qu'elles prennent en compte les différents contextes de consommation.

Nous aurions pu nous étendre sur la prévention des maladies infectieuses. Étant donné le nombre d'outils sur le sujet, nous avons plutôt choisi de por-

ter une attention particulière sur les substances, leur mode de préparation. L'éducation sur les substances est souvent un élément mis de côté, soit en raison du tabou de parler ouvertement de substances de manière pragmatique, soit par omission ou méconnaissance.

AU-DELÀ D'UN GUIDE, UN OUTIL

Maîtrise ton hit n'est pas prévu pour rester sur les tablettes des organismes. Il est pensé avant tout comme un outil d'intervention par le biais du guide intervenant et un mode d'emploi pour une consommation à moindre risque pour les personnes utilisatrices de drogues. Une formation spécifique est développée en parallèle à la diffusion de l'outil afin de favoriser son utilisation, mais aussi de réaliser des ateliers d'éducation populaire au travers de la province. Ces formations sont prioritairement destinées aux personnes faisant usage de drogues mais aussi, en second lieu, aux intervenants qui travaillent auprès d'elles. Ainsi, par ces ateliers nous souhaitons favoriser le développement d'agents multiplicateurs dans les milieux de consommation qui pourront éduquer leurs pairs à consommer tout en prenant le moins de risques possible. Cette création de milieu favorable par et pour les personnes qui consomment des substances psychoactives est essentielle dans les milieux péri-urbains ou ruraux où l'accès aux services de prévention est bien souvent déficient.

SURVIVRE EN CONTEXTE DE PROHIBITION...

Le Canada est touché depuis maintenant deux ans par une crise majeure de santé publique en raison d'une épidémie de surdoses d'opioïdes. Cette crise est principalement causée par la pré-

sence de fentanyl et d'autres analogues dans l'héroïne et dans les médicaments de contrefaçon. En Colombie-Britannique, du fentanyl a été décelé dans toutes les substances à l'exception du cannabis. La réponse des pouvoirs publics se fait attendre, les élus et hauts fonctionnaires préfèrent les discours humanistes et les déclarations d'intention aux actions concrètes qui pourraient enrayer cette crise. Cette crise n'est bien sûr pas uniquement liée à l'apparition de nouvelles substances, mais bien à une conjoncture propice : prohibition, contexte socio-économique, stigmatisation des usagers, structure des marchés illicites et augmentation importante de la demande d'opioïdes. Ce guide a donc été développé dans un contexte particulier et nous souhaitons en faire aussi un outil pour limiter les risques de surdoses et permettre aux usagers d'intervenir adéquatement s'il y a lieu. Ce n'est pas avec un guide que nous arrêterons cette crise. Dans le contexte réglementaire actuel, il restera toujours une incertitude quant à la composition et la concentration réelle des substances consommées puisque notre société a fait le choix de laisser au crime organisé le loisir de produire, distribuer et vendre les substances psychoactives illicites.

Notre communauté a déjà vécu l'épidémie de SIDA, l'immobilisme, le manque de compassion et la stigmatisation ont alors tué plusieurs milliers de personnes. Sans le courage et à la persévérance des personnes vivant avec le VIH, cette crise aurait perduré et beaucoup d'entre nous ne seraient pas là aujourd'hui pour lire ces lignes. Ce qui semblait inimaginable au début des années 1980 est maintenant une réalité grâce au combat acharné de ces militants. Inspirons-nous de nos prédécesseurs, car nous seules, personnes utilisatrices de drogues, avons la volonté viscérale de mettre fin à cette hécatombe et au système d'oppression que nous impose la prohibition.



POUR EN SAVOIR PLUS

sur la parution du guide
« *Maîtrise ton hit* »
et les modalités
pour le commander,
contactez l'AQPSUD :
info@aqpsud.org

Mélissa Côté

ps.éd (psychoéducatrice),
doctorante en psychoé-
ducation, Université du
Québec à Trois-Rivières,
UQTR (Québec)



Joël Tremblay

Ph.D. (Philosophiæ doctor),
professeur titulaire au département
de psychoéducation, UQTR (Québec)



Natacha Brunelle

Ph.D. (Philosophiæ doctor),
professeure titulaire au département
de psychoéducation, UQTR (Québec)



L'IMPACT DES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES PARTENAIRES : PERCEPTION DE LEUR CONJOINT JOUEUR

Le taux moyen mondial pour la prévalence du jeu pathologique serait évalué à environ 2,3% (Williams et al., 2012). Outre les conséquences néfastes dans la vie des joueurs pathologiques (JP), la partenaire amoureuse est aussi confrontée à ces comportements problématiques de jeux de hasard et d'argent (JHA) et à ses effets délétères (Kourgiantakis et al., 2013). Pour s'adapter aux comportements problématiques de JHA de son conjoint, il est reconnu que la partenaire utilisera un amalgame de stratégies d'adaptation afin de faire face à cette situation.

MAIS QU'EST-CE QU'UNE STRATÉGIE D'ADAPTATION ?

Les stratégies d'adaptation se définissent comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux [...] qui permettent de maîtriser, de tolérer, d'éviter ou de minimiser l'effet négatif du stress sur le bien-être physique et psychologique » (Lazarus et Folkman, 1984, p.141). L'utilisation de stratégies d'adaptation amènera l'individu à tenter de modifier le problème qui génère le stress (pour les partenaires, ce sont les habitudes de JHA du conjoint) tout en visant à réguler ses réponses émotionnelles (Bruchon-Schweitzer, 2001).

En ce qui a trait aux stratégies d'adaptation utilisées par les partenaires de JP, ce champ de recherche est encore relativement inexploré. Seulement quelques écrits scientifiques portent sur la manière

dont les partenaires de JP s'adaptent aux comportements de JHA de leur conjoint (Casey et Halford, 2010; Côté et al., 2017; Krishnan et Orford, 2002; Orford et al., 2005; Patford, 2009). Or, ces recherches vont dans un même sens : la majorité des stratégies d'adaptation utilisées par les partenaires sont directement orientées vers le JP en vue d'influencer ses comportements de JHA (ex. : instaurer des limites au JP, contrôler ses finances, l'ignorer, l'inciter à aller chercher de l'aide). Ensuite, les partenaires utilisent des stratégies d'adaptation ayant une visée plus personnelle, axées sur leur bien-être : consulter un professionnel, se retirer de la relation, protéger ses avoirs financiers, discuter avec des personnes de confiance pour obtenir du soutien, etc.

Par ailleurs, plusieurs écrits cliniques promeuvent l'utilisation de certaines stratégies au détriment d'autres (CAMH, 2008 ; Gambling Impact Society, 2000 ; Government of Saskatchewan, 2015 ; Reid

et Fong, 2013). D'emblée, ils suggèrent aux partenaires de contrôler les finances du JP (ex. : lui enlever ses cartes bancaires, payer ses factures) tout en protégeant leurs finances personnelles. On y précise aussi que certaines stratégies pourraient contribuer à maintenir l'addiction du JP, telles que rembourser ses dettes, ne pas lui demander de rembourser l'argent prêté, l'accompagner lors d'une séance de jeu ou encore mentir pour le protéger. On y recommande aussi de prendre soin de soi, entre autres, en consultant un professionnel, en suivant une saine routine de vie, en voyant son réseau social et en établissant ses limites personnelles. Enfin, ces guides précisent que les partenaires ne peuvent pas contrôler ou changer les comportements de JHA puisque c'est avant tout le JP qui doit prendre la décision de cesser ses habitudes.

MIEUX COMPRENDRE L'IMPACT DES STRATÉGIES D'ADAPTATION SUR LES COMPORTEMENTS DE JHA

Nous savons que les partenaires utilisent plusieurs stratégies pour faire face aux comportements de JHA de leur conjoint. Quelques écrits cliniques suggèrent également que ces stratégies pourraient maintenir les habitudes de JHA du JP. Or, jusqu'à présent aucune étude n'a mesuré concrètement l'impact de ces stratégies d'adaptation sur les habitudes de JHA, ce qui s'avère primordial afin de mieux orienter les interventions cliniques. L'objectif de cette recherche est de documenter l'impact des stratégies d'adaptation utilisées par les partenaires de JP sur les habitudes de JHA.

Pour ce faire, dix JP adultes ont été recrutés dans des centres de traitement spécialisé au Québec. Afin d'être admissible, le JP devait être en couple et cohabiter depuis au moins six mois avec sa partenaire. Il devait avoir misé de l'argent aux JHA dans les six derniers mois précédents l'entrevue, en plus de ne présenter aucune difficulté majeure avec sa consommation d'alcool ou de drogues. Précisons que cette étude s'inscrit dans une étude poursuivant trois objectifs¹. Ainsi, la typologie initialement proposée par Côté et al. (2017) a été reprise afin d'évaluer l'impact de ces stratégies sur les comportements de JHA. La parole a donc été donnée aux JP afin qu'ils s'expriment quant à leur perception de l'intensité et la direction de l'impact de la stratégie mise en place par leur partenaire sur leurs envies de jouer. Même si la partenaire croit pouvoir aider à réduire les envies de jouer de son conjoint, ses stratégies peuvent avoir des effets opposés.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'ensemble des JP reconnaît que plusieurs stratégies d'adaptation utilisées par leur partenaire influencent leurs comportements de JHA. Parfois, la stratégie utilisée contribue à réduire le comportement de JHA. D'autres fois, elle produit l'effet inverse :

l'envie de jouer augmente. Le discours des JP permet ainsi d'identifier des mécanismes de changement² puis de décrire comment la stratégie utilisée a eu un impact sur leurs comportements.

Diminution des envies de jouer

a. Anticipation de la rupture conjugale

Les JP dénotent l'importance du lien d'attachement envers leur partenaire et leur famille. L'ultimatum imposé par la partenaire entraîne des impacts sur les habitudes de JHA à différents niveaux. Lorsque le JP est encore actif dans le jeu, cette menace pourra l'aider à cesser toute activité et ainsi l'encourager à débiter un traitement. Une fois devenu abstinent, cette menace d'éclatement familial restera en suspens dans son esprit, ce qui pourra l'aider à maintenir son abstinence. Ici, c'est la motivation à préserver la relation conjugale et familiale qui stimule le JP à demeurer abstinent.

b. Prise de conscience chez le JP

Le recours à certaines stratégies par la partenaire (ex. : aller chercher de l'aide pour soi-même, démontrer sa détresse face aux comportements de JHA) amène le JP à réaliser l'étendue des impacts négatifs de ses comportements dans la vie des gens qu'il aime, ce qui diminue ses envies de jouer. Devant un tel constat, le JP se sent coupable et démontre de l'empathie face à la souffrance ressentie par sa partenaire. Par conséquent, il souhaite alors cesser rapidement ses comportements de JHA.

c. L'implication de la partenaire

Lors de la diminution ou de l'arrêt des comportements de JHA, les renforcements positifs de la partenaire sont grandement bénéfiques (ex. : encouragements, félicitations, reconnaissance des progrès en traitement). Les renforcements positifs de nature comportementale sont aussi déterminants (ex. : organiser une fête pour célébrer la fin de la thérapie). Le sentiment général d'être aimé et soutenu est une motivation très importante : la fierté et la reconnaissance que la partenaire lui communique contribuent à aider le JP à faire son chemin vers l'abstinence.

d. Les habiletés à la communication

Les JP nomment l'importance que leur partenaire adopte des habiletés à la communication efficaces afin de réduire leurs envies de jouer. Parmi ces habiletés, notons l'écoute, l'utilisation d'un ton ni confrontant ni accusateur, parler calmement et choisir un moment opportun pour aborder les problèmes de JHA. Également, le fait que la partenaire s'informe des envies de jouer de son conjoint contribuerait à initier le dialogue au sujet du jeu, pour ensuite trouver des activités alternatives permettant de réduire ces envies. Selon les JP, il est important que le couple fasse des activités ensemble, car cela les aide à détourner leur esprit du jeu et réduire leurs envies de jouer.

¹ Documenter les stratégies d'adaptation utilisées par les partenaires de JP ; documenter l'impact de ces stratégies d'adaptation sur les habitudes de JHA du joueur ; documenter l'impact de ces stratégies sur le bien-être personnel des partenaires de JP.

² Seulement les mécanismes de changement directement associés à la dynamique conjugale sont ici brièvement présentés. Afin d'en savoir davantage sur les autres mécanismes, se référer à l'article de Côté, Tremblay et Brunelle (en préparation). *How can partners influence gambling habits of their gambler spouse?*

a. Conflits conjugaux

La majorité des JP estime que la présence de conflits conjugaux exacerbe leur envie de jouer. Ils mentionnent qu'une dispute conjugale augmentera significativement leur désir de jouer puisqu'ils voudront rapidement quitter la maison et s'évader dans le jeu. Il en va de même lorsque la partenaire adopte une attitude dénigrante.

b. Manque d'implication de la partenaire

Lorsque la partenaire ignore ou ne s'implique pas face à la problématique du JP, cela peut augmenter ses envies de jouer, ce dernier ne se sentant pas soutenu. Face à l'incompréhension ou au manque d'empathie de sa partenaire, le JP est alors à risque d'utiliser le jeu comme stratégie d'adaptation face aux difficultés personnelles ou conjugales qu'il éprouve.

c. Le JP fait plaisir à sa partenaire

Lorsque la partenaire accueille les gains du JP en démontrant sa satisfaction, cela tend à renforcer ses envies de jouer puisqu'il voudra reproduire ce moment agréable. De plus, cette réponse chaleureuse face aux gains diminue les remords du JP, ce qui augmente considérablement ses envies de jouer.

d. Contrôle externe

La gestion financière par la partenaire, une stratégie qui est pourtant identifiée par les JP comme étant fortement aidante, occasionne parfois l'effet contraire et augmente les envies de jouer. Certains JP précisent avoir l'impression de perdre le contrôle de leur vie, ce qui, incidemment, réduit leur estime personnelle. Pour eux, se tourner vers les JHA leur permet alors de retrouver la sensation de contrôler une partie de leur vie. Le même phénomène se produit lorsque la partenaire tente de contrôler ou surveiller les sorties du JP : devant l'impression qu'elle ne respecte pas sa vie privée, il ira se détendre et oublier ses tracas dans le jeu.

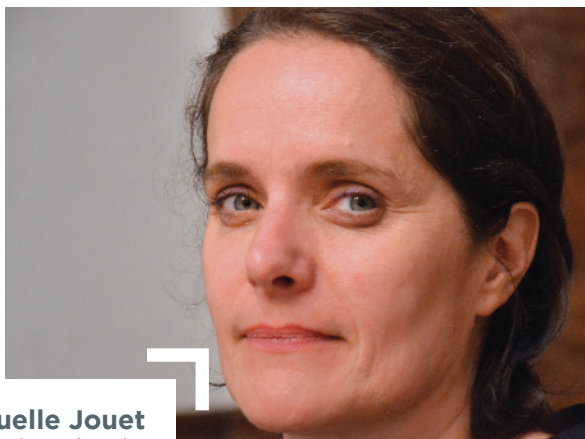
DISCUSSION

La dynamique conjugale influence fortement les envies de jouer et le discours des JP illustre bien l'impact qu'ont les stratégies d'adaptation de leur partenaire sur leurs comportements de JHA. D'une part, soulignons que les partenaires ont un rôle important dans le rétablissement du JP, ce qui tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle elles peuvent influencer positivement leur conjoint pour qu'il réduise ses comportements de JHA. Parce qu'elles sont porteuses de changements, les partenaires doivent être considérées comme des actrices de premier plan, soit lors de l'initiation de la demande d'aide, soit au sein même du traitement. D'autre part, les propos que tiennent les JP illustrent aussi la complexité du lien entre la dynamique conjugale et leurs habitudes de JHA. En effet, certaines stratégies de la partenaire entraînent plutôt une augmentation de leurs envies de jouer. Dans leur étude, Corney et Davis (2010) ont aussi remarqué ce même cycle néfaste : le jeu entraîne des problèmes conjugaux majeurs, mais parallèlement, il devient une échappatoire aux difficultés relationnelles.

Les études sur les stratégies d'adaptation utilisées par les partenaires de JP sont encore embryonnaires. Afin de mieux comprendre comment les partenaires tentent de faire face aux habitudes de JHA et de l'impact réel des stratégies sur les envies de jouer du conjoint, il s'avère nécessaire de poursuivre les recherches sur le sujet. En conscientisant les partenaires au sujet des stratégies les plus efficaces et celles possiblement à proscrire, l'impact des traitements sur les envies de jouer du JP pourrait être amélioré.

Bibliographie

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Casey, L. M., & Halford, K. (2010). *A pilot study exploring value of a couple-based approach to the treatment of problem gambling*. Queensland, Australie.
- Centre for Addiction and Mental Health. (2008). *Jeu : Guide pour les familles problématiques*. Toronto, Ontario.
- Côté, M., Tremblay, J., & Brunelle, N. (accepté, 2017). A new look at the coping strategies used by the partners of pathological gamblers. *Journal of Gambling Issues*.
- Corney, R., & Davis, J. (2010). Female frequent Internet gamblers: A qualitative study investigating the role of family, social situation and work. *Community, Work & Family*, 13(3), 291-309.
- Gambling Impact Society. (2000). *Problem gambling: A self help guide for families*.
- Government of Saskatchewan. (2015). *Problem gambling: Family guide*.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M.-C., & Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 353-372.
- Krishnan, M., & Orford, J. (2002). Gambling and the family: From the stress coping support perspective. *International Gambling Studies*, 2(1), 61-83.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: A set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100(11), 1611-1624.
- Patford, J. (2009). For worse, for poorer and in ill health: How women experience, understand and respond to a partner's gambling problems. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 7(1), 177-189.
- Reid, R. C., & Fong, T. W. (2013). *Helping partners in a relationship with a problem gambler: Therapist manual*.
- Williams, R. J., Volberg, R. A., & Stevens, R. M. G. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Guelph, Ontario.



Emmanuelle Jouet
*Laboratoire de recherche
de l'EPS Maison Blanche,
Paris (France)*



Tim Greacen
*Laboratoire de recherche
de l'EPS Maison Blanche,
Paris (France)*

LA PARTICIPATION DES USAGERS DE DROGUE DANS LE SYSTÈME DE SOINS EN ADDICTOLOGIE : UNE REVUE DE LITTÉRATURE INTERNATIONALE

NB : cet article synthétise une étude de la littérature, rendue possible par une subvention de la Direction Territoriale 75 de l'ARS Ile-de-France dans le cadre d'une recherche commandée par l'Association Charonne.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en France a eu un impact considérable sur les relations entre usagers et soignants en milieu sanitaire. Cependant, malgré les avancées constatées, un premier rapport de la Haute autorité de la santé (Compagnon & Ghadi, 2009) souligne que les plaintes des usagers font toujours état d'attentes inexpliquées, d'absence d'écoute, de frustration, voire de maltraitance ; les témoignages sur les abandons de soins, mais également de la violence chez des usagers qui s'estiment victimes de cette maltraitance, sont fréquents. La prévention des violences et de la maltraitance dans les institutions sanitaires et médico-sociales est un sujet particulièrement critique pour les structures médico-sociales qui accueillent les populations en situation d'exclusion sociale telles que les usagers de drogue ou les personnes vivant avec un trouble psychique, et notamment pour les structures de première ligne. La promotion de la bientraitance et la prise en compte du point de vue de l'utilisateur font l'objet d'actions innovantes et d'expérimentations de toute sorte. Dans

les structures médico-sociales, la thématique de l'expression et de la participation des usagers reçoit un nouvel élan avec la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, texte qui a cherché à renforcer la place et les droits des usagers et de leurs associations dans la vie des structures en question. La participation y est entendue comme le droit à participer à la conception, voire à la mise en œuvre du projet d'établissement (Art. L311-3 du Code de l'action sociale et des familles) et au fonctionnement du service via les Conseils de la vie sociale (CVS) ou autres formes de contribution (Art. L311-6 du Code de l'action sociale et des familles).

La notion de participation du patient dans la vie institutionnelle et dans ses soins n'est pas nouvelle dans le système de soins en France, et plus particulièrement en psychiatrie. La psychothérapie institutionnelle de la période de l'après-guerre a accusé l'hôpital de l'époque d'être non pas un lieu de soins, mais une institution « pathologisante » qui contribuait à l'aliénation sociale et psychique du patient. Ce mouvement proposait une transformation où

l'établissement serait non plus un havre, un asile, mais un outil de soins actif. La relation entre soignant et soigné se transforme. Le lieu de soin n'est plus considéré comme un simple lieu de « calme et de repos » pour un « patient » sous traitement médicamenteux, mais devient un lieu de vie et une thérapie en soi. Le patient va jouer un rôle de plus en plus actif dans la vie de l'institution. Il est « responsabilisé » par rapport à ses soins, il n'est plus un « objet » mais devient acteur de son projet thérapeutique.

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES, UN LEVIER AU NIVEAU INTERNATIONAL

Au niveau international, la participation des citoyens aux services de santé qui les accompagnent est inscrite dans la Charte d'Ottawa (1986), qui pose l'accès à l'information et aux soins, ainsi que l'influence sur les politiques sanitaires et sociales comme un droit dévolu à l'ensemble des citoyens. L'approche de la réduction des risques s'est développée en mettant en avant ce principe de promotion de la participation des usagers de drogue vus comme des citoyens actifs à part entière, revendiquant le principe « *rien sur nous sans nous* » (*Canadian HIV/AIDS Legal Network*, 2005). Ils ont alors exprimé leur désir, devenu volonté politique, d'être partie prenante de la collaboration avec les professionnels, de la production de messages de prévention et de leur diffusion aux publics les plus concernés (London Drugs and Alcohol Network, 2006). Le spectre d'action de cette participation, déterminée au niveau mondial par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), s'est instauré, graduellement, aux niveaux national et local, car l'exigence de déploiement de ce principe au plus près des personnes faisant usage de produits s'est imposée comme garante de la démocratie et d'une réelle implication des personnes.

Du côté des usagers de drogue, la position de l'*European Network of People who Use Drugs* est sans ambiguïté : « *pour ce qui est de représenter le point de vue d'une communauté marginalisée, criminalisée et opprimée telle que les usagers de drogue et de concevoir une politique et des services les concernant, il faut se rappeler que c'est cette communauté et ses organisations qui sont les véritables experts ; cela fait partie d'une plus large reconnaissance au sein du mouvement de réduction des risques et dommages qu'il ne soit plus possible de continuer le débat mondial sur la politique des drogues sans la pleine participation des personnes les plus concernées, à savoir les personnes qui utilisent des drogues* » (EuroNPUD, 2003).

L'exclusion sociale des usagers de drogues a connu une remise en cause importante avec l'épidémie du SIDA dans les années 1990, épidémie qui a constitué à la fois un nouvel enfer et une nouvelle piste pour avancer. C'est en effet soutenue par les associations de lutte contre le SIDA, à la fois juridiquement et

financièrement, que, en France, l'association Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD) a vu le jour. Le choix du mot « usager » a profité à la fois de l'anglais « user » et de ce nouveau terme « usager » du système de santé. Les termes péjoratifs comme « drogué », ou naïvement clinique comme « toxicomane », qui définit le produit comme « toxique » et son utilisation comme « manie », sont condamnés à disparaître. Les revendications par rapport au système de soins : une qualité d'accueil, des endroits pour parler, du respect, réduire les dommages et les risques autant que possible, l'accès à des produits de substitution, l'accès à des seringues propres. Mais aussi : la santé, c'est un bien joli terme, mais les priorités que m'assènent mon médecin, mon infirmier, mon psy sont-elles prioritaires pour moi ? La réponse ? Clairement non. Il me faut un « logement d'abord » (Estecahandy et al., 2015), de quoi manger, pouvoir gagner ma vie autrement que par la drogue, un travail... (INPUD, 2015). Comment croire à une offre de soins qui ne s'adresse pas à l'ensemble des déterminants de la santé, qui ne prend pas en compte la nécessaire participation de l'usager pour identifier l'importance de chaque déterminant par rapport à son projet personnel ?

Les champs d'action concernés par cette participation de l'usager en matière de soins et d'accompagnement en addictologie seraient donc non seulement organisationnels mais aussi politiques (Charlois, 2009) :

- au niveau organisationnel, les structures et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux doivent impliquer les usagers non seulement en leur demandant leur niveau de satisfaction ou leur avis sur tels ou tels dispositif, soin ou pratique, mais également en les intégrant au sein de leurs organisations, voire en les embauchant afin de marquer celles-ci de leurs expériences et compétences spécifiques d'usagers de drogues et d'utilisateurs de services.
- dans le champ politique, les usagers seraient consultés pour donner leurs avis et contributions sur des sujets tels que l'amélioration de la qualité des services et les forums de la société civile (UNO, 2016).

DES OBSTACLES À LA GÉNÉRALISATION DES PRATIQUES

Selon le rapport européen *Empowerment and Self-organisations of Drug Users - Experiences and Lessons Learnt* (Broring & Schatz, 2008) et les conclusions de la conférence du réseau EXASS Net en 2009 intitulée « *Drug User Participation and European Cities* » (Charlois, 2009), l'histoire de la participation des usagers serait marquée par une forte consultation à ses prémices, mais par une faible implication de l'ensemble des acteurs lors de sa généralisation. L'hétérogénéité s'avère également caractéristique de cette participation en raison des spécificités de cultures locales, du poids des Etats selon les contextes politiques et de l'ensemble des indicateurs sociaux, culturels et politiques des régions concernées (Van der Poel et al., 2006).

Pokrajac et al. (2016), dans le contexte slovène, rappellent aussi les obstacles pour les usagers de drogues pour accéder aux services en question, dont en premier lieu, le poids de la stigmatisation et de la discrimination liées à l'usage de drogues. Dans leur étude auprès d'une population d'usagers d'héroïne, la stigmatisation était parmi les raisons les plus fréquemment citées pour ne pas chercher de l'aide, et ce sentiment était encore plus fort chez les personnes ayant déjà eu accès à des soins pour leur addiction. Cette stigmatisation contre les personnes vivant avec une addiction est un enjeu majeur non seulement en termes d'inscription dans le système de soins, mais aussi par rapport à leur inclusion sociale et la possibilité d'agir effectivement sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé concernant chaque individu.

DE LA PARTICIPATION DES USAGERS À LA PAIR-AIDANCE

Hunt et al. (2010) soulignent la distinction entre la participation des usagers (*user involvement*) et les actions de soins et d'accompagnement menées par les usagers eux-mêmes (*user-led initiatives*) et concluent à l'importance pour les personnes de construire leur propre chemin avec une participation réelle aux décisions concernant les systèmes et services qui vont accompagner leur projet de vie. Une revue récente de la littérature internationale, incluant quelques 117 études, souligne des différences fondamentales entre les priorités des usagers et celles des professionnels (Bee et al., 2015a). Si la participation des usagers au projet de soins est un principe reconnu et soutenu dans de nombreux contextes nationaux, sa mise en œuvre en pratique est critiquée à la fois par les professionnels et par les usagers. Les usagers voudraient construire un projet de soins ensemble avec les professionnels dans une relation de qualité, alors que les professionnels visent surtout des résultats, souvent définis comme la conformité face aux exigences des inspections et contrôles des autorités sanitaires. Ces auteurs concluent à l'importance de reconnaître et de valider le temps passé avec chaque usager pour développer et suivre son projet de soins de manière souple et néanmoins tangible.

Une étude qualitative auprès des professionnels dans le contexte britannique constate l'importance de la tension entre la responsabilité professionnelle et la participation des usagers, et conclut en soulignant la nécessité d'avoir une formation soutenue chez les professionnels sur les compétences relationnelles (Bee et al., 2015b). Dans le contexte anglais, les stratégies pour former les professionnels pour changer la donne sont actuellement à l'étude, notamment en évaluant l'impact d'une formation des *case managers* sur la participation des usagers, formation dont les résultats seront évalués par les usagers eux-mêmes, en termes non seulement de mutualisation de la construction de leurs projets de soins, mais aussi de rétablissement et de qualité de vie (Bower et al., 2015).

Des stratégies de formation-action réflexive sur la participation des usagers avec des cycles itératifs de formation, d'action et d'évaluation en continuant les changements dans les pratiques qui semblent fonctionner en termes de satisfaction des usagers et en discontinuant ceux parmi les changements qui ne produisent pas de tels résultats ont produit des avancées non négligeables dans une intervention au Tower Hamlets Specialist Addictions Unit au Royaume-Uni (Kulik & Shah, 2016). L'intervention qui a eu le plus d'impact était la mise en place d'un « Breakfast Club » (Club Petit-Déj), des rencontres matinales régulières animées par des pairs-aidants, avec la particularité de ne pas se focaliser sur les aspects biomédicaux des soins. L'autre facteur prédictif d'un niveau plus élevé de satisfaction chez l'utilisateur était... une satisfaction plus élevée chez le personnel.

Au Canada, l'implication des personnes utilisatrices de produits dans la prise de décisions liées aux services de soins a fait l'objet d'une étude qualitative en Colombie-Britannique, de 2010 à 2014. L'apprentissage réflexif créait des stratégies pratiques pour développer la confiance mutuelle, rééquilibrer les enjeux de pouvoir entre soignant et usager et améliorer la relation de soins. Une stratégie de soins construite sur les forces des personnes était un facteur déterminant (Greer et al., 2016). La pair-aidance, avec des usagers de produits employés comme formateurs pairs, s'est révélée comme élément-clef dans le travail de réduction des dommages et des risques chez les utilisateurs de crack et d'amphétamines à Vancouver (Jozaghi et al., 2016).

L'IMPORTANCE DU SOUTIEN INSTITUTIONNEL

En France, l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) a mené une enquête nationale par questionnaire sur *L'expression et la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (ANESM, 2009). L'enquête conclut que la participation des usagers peut se retrouver dans l'ensemble des activités d'une structure : l'accompagnement individuel et le projet de soins, les groupes thérapeutiques, éducatifs et ateliers créatifs, les groupes d'auto-support et d'échange de savoirs, les actions collectives ou les projets individuels d'inclusion sociale dans la ville en dehors de l'institution, et les instances telles que les CVS et les groupes d'expression. L'enquête conclut que la participation constitue une expérience positive pour l'utilisateur, considéré comme un sujet de droit. Les échanges participatifs renforceraient ses compétences et l'estime de soi. Les recommandations finales de bonnes pratiques professionnelles à cet égard soulignent l'importance de diversifier les formes de participation, d'avoir le soutien actif de la direction, de respecter le droit à la participation (droit facultatif et non obligatoire), et d'être pragmatique dans la mise en œuvre : s'appuyer sur les usagers les plus impliqués, valider rapidement les propositions, et trouver des temps de

consultation adaptés à la fois aux usagers et aux professionnels (ANESM, 2010, p. 19-23).

CONCLUSION

Enfin, une enquête de l'IGAS dans les CSAPA et les CAARUD en 2014 conclut que « *le principe de la participation des usagers dont l'action vise notamment à promouvoir l'exercice de la citoyenneté des personnes accueillies n'est pas contesté mais est plutôt vécu comme une évidence dans le continuum de la prise en charge, mais une évidence parfois difficile à mettre en œuvre.* » L'enquête cite un projet d'établissement : « *les personnes que nous accueillons ont souvent des vécus difficiles avec les procédures institutionnelles. De ce fait, il s'agit pour nous de pouvoir prendre en compte cela en réduisant au maximum les discours trop techniques... Si nous n'adaptions pas notre cadre, il y a eu peu chance qu'ils soient « attirés » par le Comité des usagers et l'investissent de façon opérante* » (IGAS, 2014).

En conclusion, si la participation des usagers dans les structures en addictologie en France a été érigée comme une nécessité dans la loi de 2002, texte de loi qui a été suivi par une série de recommandations à cet égard par l'ANESM en 2010, l'ensemble des études sur cette question au niveau national et international soulignent les difficultés de mise en œuvre de cette participation. Si la formation des professionnels, l'évaluation de la satisfaction des usagers et la consultation lors de réunions institutionnelles ou informelles sont des approches nécessaires, de nouvelles pistes sont clairement à explorer et notamment la co-construction et la co-production de services de soins et d'accompagnement et une intégration réelle de la pair-aidance dans notre offre de soins en addictologie en France, avec des usagers employés comme accueillants, animateurs, voire comme pairs aidants et formateurs.

Bibliographie

- ANESM. (2009). *Analyse qualitative « Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie »*. Retrieved from http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/analyse_qualitative_addictologie_anesm.pdf.
- ANESM. (2010). *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie : recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. Paris. Retrieved from https://www.google.fr/search?q=L'expression+et+la+participation+des+usagers+dans+les+établissements+médico-sociaux+relevant+de+l'addictologie&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=QqQSWf7DE5D_8AeR95TICA.
- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C., & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1834-1845. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008>
- Bee, P., Price, O., Baker, J., & Lovell, K. (2015). Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 104-114. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152447>
- Bower, P., Roberts, C., O'Leary, N., Callaghan, P., Bee, P., Fraser, C., ... Lovell, K. (2015). A cluster randomised controlled trial and process evaluation of a training programme for mental health professionals to enhance user involvement in care planning in service users with severe mental health issues (EQUIP): study protocol for a randomised co. *Trials*, 16, 348. <http://doi.org/10.1186/s13063-015-0896-6>
- Broring, G., & Schatz, E. (2008). *Empowerment and Self - Organisations of Drug Users*. (E. and S. of D. U. - E. and L. Lea, Ed.). Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC. Retrieved from http://www.drugsandalcohol.ie/11958/1/Correlation_empowerment.pdf.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network, _ (2005). « *Nothing about us without us* » : a manifesto by people who use illegal drugs. Toronto.
- Charlois, T. (2009). *Drug user participation and European cities, (October), 26*. Retrieved from <http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/5CSource/5CActivities/5CEXASS/5CDrugUserParticipation.pdf>
- Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009). La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. 97. Retrieved from http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
- Estecahandy, P., Revue, P., Sénat, M.-L., & Billard, J. (2015). Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*, 98(2), 76. <http://doi.org/10.3917/empan.098.0076>
- EuroNPUD. (2003). *European Network of People who Use Drugs Project Final Report*.
- Greer, A. M., Luchenski, S. A., Amlani, A. A., Lacroix, K., Burmeister, C., & Buxton, J. A. (2016). Peer engagement in harm reduction strategies and services: a critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada. *BMC Public Health*, 16, 452. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3136-4>
- Hunt, N., Albert, E., & Sánchez, V. M. (2010). User involvement and user organising in harm reduction. *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*, 333-354. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
- IGAS. (2014). *Évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives*. Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000578.pdf>
- INPUD. (2015). *Consensus Statement on Drug Use Under Prohibition*. Retrieved from http://www.inpud.net/consensus_statement_2015.pdf
- Jozaghi, E., Lampkin, H., & Andresen, M. A. (2016). Peer-engagement and its role in reducing the risky behavior among crack and methamphetamine smokers of the Downtown Eastside community of Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 13(1), 19. <http://doi.org/10.1186/s12954-016-0108-z>
- Kulik, W., & Shah, A. (2016). Role of peer support workers in improving patient experience in Tower Hamlets Specialist Addiction Unit. *BMJ Quality Improvement Reports*, 5(1). <http://doi.org/10.1136/bmjquality.u205967.w2458>
- London Drugs and Alcohol Network. (2006). Special Edition on User Involvement. *User News, Special Ed*.
- Pokrajac, T., Nolimal, D., & Leskovsek, E. (2016). Stigma, Drug Addiction and Treatment Utilisation : PWUD Perspective. *Journal of Drug Abuse*, 2(4), 1-6. <http://doi.org/10.21767/2471-853X.100037>
- HUNO. (2016). *Report on the Western European Civil Society Regional Consultation Event: United Nations General Assembly Special Session on Drug Policy (2016)*. Brussels. Retrieved from <http://idpc.net/publications/2016/01/report-on-western-european-civil-society-regional-consultation-event-united-nations-general-assembly-special-session-on-drug-policy-2016>
- van der Poel, A., Barendregt, C., & van de Mheen, D. (2006). Drug users' participation in addiction care: different groups do different things. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(2), 123-32. <http://doi.org/10.1080/02791072.2006.10399836>

LA PARTICIPATION DES USAGERS À L'ÉPREUVE DU TERRAIN

Comment peut s'exercer concrètement la participation des usagers au sein des structures en addictologie ? En France, l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) a consacré plusieurs de ses travaux à cette question. Pour **Addiction(s) : recherches et pratiques**, elle revient sur ses recommandations aux établissements. Deux exemples sont ensuite proposés pour illustrer cette participation : l'expérience de Nicolas Chottin, médiateur de santé pair au Comité d'études et d'informations pour l'insertion sociale (CEIIS), et celle de Franca Xena Carducci, membre du Comité des usagers du centre de réadaptation en dépendance de Montréal.

LA PARTICIPATION DES USAGERS DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX RELEVANT DE L'ADDICTOLOGIE EN FRANCE

Tiphaine Lacaze, responsable secteur
inclusion sociale, ANESM (France)

Clément Chauvel, chef de projet sec-
teur inclusion sociale, ANESM (France)

En 2010, l'ANESM consacrait ses premiers travaux à destination des établissements médico-sociaux spécialisés en addictologie, à une thématique centrale de la loi du 2 janvier 2002¹ : la participation des usagers. La mise en œuvre de ce droit a profondément modifié les pratiques et l'organisation des établissements français. Un questionnaire transmis à l'ensemble des établissements concernés², révélait alors que :

- 36% des établissements répondants avaient mis en place un groupe d'expression ;
- 19% avaient instauré un Conseil de la vie sociale (CVS) ;
- 28% des consultations collectives (enquêtes de satisfaction, questionnaires ciblés...) ;
- 17% d'autres formes de participation (site internet, boîte à idées, cahier d'expression...).

Cette enquête mettait en exergue la représentation significative des différentes formes de participation au sein de l'ensemble des établissements.

QU'ENTEND-ON PAR PARTICIPATION ?

On distingue classiquement quatre niveaux de participation³ :

- La communication : les personnes sont informées et s'expriment pour mieux comprendre l'information et en débattre, mais sans objectif de recueillir leur adhésion ;
- La consultation : il s'agit d'une phase d'information, de propositions et de discussions, dont la résultante est susceptible de faire modifier le projet ;
- La concertation : il s'agit d'associer les participants dans la recherche de solutions communes ou de connaissances nouvelles ;
- La co-décision ou co-construction : elle implique la négociation pour parvenir à un accord dans le cadre d'un partage du pouvoir. Sur des questions précises, le responsable d'établissement peut en effet laisser les usagers accéder à un niveau de pouvoir plus important.

POURQUOI ENCOURAGER LES USAGERS À PARTICIPER AU FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ?

Parce que c'est une occasion pour les usagers d'exercer leurs droits. Les usagers du secteur de l'addictologie connaissent inégalement leurs droits et rencontrent des obstacles importants pour les faire valoir. Exercer concrètement un droit d'expression et avoir un lieu pour faire des propositions constituent une expérience positive à travers laquelle les personnes sont considérées comme sujets de droit.

La qualité des prestations s'en trouve accrue et le dialogue qui s'instaure accroît la confiance mutuelle, indispensable au bon déroulement des prestations. Enfin, parce que représenter ses pairs, participer à

1 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale

2 Les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues), CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et communautés thérapeutiques étaient visés par ces recommandations.

3 Adapté d'une grille établie par Jean-Michel Fourniau, sociologue, directeur de recherche à l'INRETS. FOURNIAU, J.M (25 janvier 1996) Transparence des décisions et participation des citoyens. *Techniques, territoires et sociétés*, n°31, pp 9-47

4 Art D.311-15 du code de l'action sociale et des familles

5 Art D. 311-26 du code de l'action sociale et des familles

6 Se référer notamment aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles : ANESM (2017). *La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*. ANESM : Saint-Denis, 76 p. [En ligne] www.anesm.sante.gouv.fr

7 MOREL, A. COUTERON, J.P. (2008) *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris : Dunod, 323 p.

8 FEDERATION ADDICTION. (mars 2017). *Réduire les risques. Éthique, posture et pratiques*. Fédération Addiction : Paris, 78 p.

la mise en place d'actions ou à la formulation de propositions constituent des expériences positives d'affirmation de soi et de renforcement des compétences sociales.

DE QUELLE MANIÈRE S'EXERCE LA PARTICIPATION DES USAGERS ?

Au sein des établissements, la participation irrigue l'ensemble des pratiques :

- dans le cadre de l'accompagnement individuel ;
- dans les différents groupes ou actions collectives à visée thérapeutique et/ ou éducative (groupe d'information, groupes d'échanges de savoir ou d'auto-support autour des problématiques hépatites et VIH, de la réduction des risques...).

Au-delà de cette participation concrète à telle ou telle activité, les usagers sont impliqués dans l'ensemble du fonctionnement de l'établissement. Le Code de l'action sociale et des familles (CASF) énumère ce que le législateur entend par fonctionnement : « *l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipement, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs (...)* »⁴. Quelle que soit la forme de participation choisie, les usagers doivent obligatoirement être consultés sur le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement⁵.

LES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Cinq principes fondent la mise en œuvre de la participation :

- La participation au fonctionnement concerne toutes les activités de l'établissement.
- La participation est plus active si les formes de

participation sont diversifiées ; il est intéressant de combiner les formes collectives et individuelles (questionnaires, boîte à idées...).

- La participation des usagers se met en place si elle est soutenue institutionnellement ; elle modifie les positionnements respectifs des professionnels et des usagers. Cette dynamique ne peut réellement fonctionner qu'avec le soutien actif de la direction et de l'organisme gestionnaire.

- La participation relève d'un droit de l'usager, et non pas d'une obligation ; en revanche, ce droit s'accompagne d'obligations pour les professionnels ; il doit être porté par une information, et l'accès à son exercice doit être facilité.

- Être pragmatique dans la mise en œuvre : les difficultés rencontrées par les établissements, parfois peu maîtrisables (*turn over*, conjoncture délicate), ont un impact sur la dynamique participative. Si une forme ne fonctionne pas à un moment donné, il est recommandé d'aller puiser dans d'autres formes de participation.

La participation s'appuie également sur les réseaux d'entraide et mouvements d'auto-support, acteurs incontournables en addictologie, par des espaces d'échanges et de réflexion communs.

LA PARTICIPATION DES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUE : UN PRINCIPE CENTRAL DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES⁶

La réduction des risques et des dommages, mission obligatoire des CAARUD et des CSAPA, confortée par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, porte le principe de participation des personnes usagères de drogue à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions qui leur sont destinées⁷. Il s'agit en effet d'un principe central de la réduction des risques et des dommages qui :

- postule la capacité des personnes usagères de drogues à agir sur leur propre santé et à modifier leurs pratiques à risques dès lors qu'elles en ont les moyens ;
- reconnaît leur expertise concernant les usages, les scènes de consommation, les modes de vie, les codes langagiers et culturels et les normes des groupes d'appartenance ;
- respecte les modes de vie des personnes et leur autonomie dans la définition des changements qu'elles souhaitent ou non y apporter⁸.

Ainsi, la dynamique participative induit un changement profond de positionnement des équipes, des cadres dirigeants, des partenaires, et des usagers eux-mêmes. Mais elle ne se décrète pas. Elle s'enracine dans une culture institutionnelle par un processus continu d'apprentissage et d'expérimentation de l'ensemble des parties prenantes.

DE L'USAGER DE SUBSTANCES À L'USAGER DES INSTITUTIONS : TÉMOIGNAGES

Natalie Castetz, *journaliste*



Nicolas Chottin
médiateur de santé pair
au Comité d'études
et d'informations pour
l'insertion sociale (CEIIS),
France



Franca Xena Carducci
membre du Comité
des usagers du Centre
de réadaptation en
dépendance de Montréal
(Québec)

Durant quinze ans, la drogue a eu « *une place quasi-centrale* » dans la vie de Nicolas Chottin. Il a expérimenté produits licites et illicites, a perdu son travail dans une agence de communication normande, a perdu son entourage amical et familial, accumulé les dettes. Puis, après « *le déni, la non-acceptation de [son] statut de toxicomane* », il a fini par « *intégrer le fait d'avoir besoin d'aide [s'il] voulait sortir de sa condition* ». Accueilli en 2010 au Centre thérapeutique résidentiel (CTR) du Peyry (Lot, France), en postcure, il y revient plusieurs fois pour des réunions d'échanges où il se sent « *assigné à un statut d'ancien* ». « *Je sentais que ma parole, et la verbalisation de mon vécu avaient une résonance chez moi et chez l'autre. Il me semblait me réapproprier mon existence, je commençais enfin à faire quelque chose de ma vie.* »

CO-ANIMER DES GROUPES DE TRAVAIL

En mars 2013, Nicolas Chottin commence à co-animer des groupes de travail, au sein du centre de soins : chaque semaine, bénévolement, il fait part de son parcours de soins et de rétablissement. « *Tout le monde reconnaissait que les usagers parlaient plus rapidement, en présence d'un pair. Je ne suis pas là pour raconter ma vie, mais pour faire vivre, par un exemple de vie et de parcours.* »

Il intervient également en Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) : il s'agit d'aller, en binôme avec un éducateur de rue, dans les squats et les endroits où les usagers de substances se retrouvent. En parallèle, Nicolas Chottin s'inscrit à une formation qualifiante, celle du Diplôme des hautes études des pratiques sociales (DHEPS), à l'université de Toulouse « *pour acquérir les connaissances théoriques à ma pratique* ». À la clé, un mémoire de recherche-action intitulé « Représentations sociales des médiateurs de santé pairs chez les usagers et les professionnels de l'association Comité d'études et d'informations pour l'insertion sociale (CEIIS) ».

DES QUESTIONNEMENTS

En décembre de la même année, Nicolas Chottin, alors bénéficiaire du Revenu de solidarité active (RSA), signe un Contrat unique d'insertion - Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) avec le CEIIS, en tant que médiateur de santé pair (MSP). Cette embauche, qui a entraîné le passage d'un statut de patient à celui de collègue, a d'abord suscité « *des questionnements, des débats, des résistances, des controverses de la part des équipes* », se souvient Nicolas Chottin. Même si les relations avec les équipes sont bonnes.

Sa mission : la prise de contact, l'accompagnement et l'orientation des personnes en difficulté avec une addiction vers les services du CAARUD ou du Centre de soins, d'accompagnement et de préven-

9 Le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) dépend du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) centre-sud de Montréal.

tion en addictologie (CSAPA). Intégré dans l'équipe interdisciplinaire de la structure médico-sociale spécialisée en addictologie, il résume ses atouts : « *Nous avons du recul sur notre parcours de rétablissement, une connaissance de base des problèmes liés à une addiction.* » Il co-anime par exemple, avec un travailleur social, des groupes de travail réflexifs : ils ont pour objets l'entraide, le partage d'expériences, l'introspection, la valorisation des personnes dans leur pouvoir d'agir...

Le médiateur de santé pair est aussi sollicité pour des rencontres organisées par l'agence régionale de santé (ARS) ou par la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSP), la Fédération Addiction...

RÉCIPROCITÉ DE TRANSMISSION DES SAVOIRS

Par ailleurs, le médiateur de santé pair suit une formation, avec un travailleur social de l'association qui le soutient « *dans l'expérience de la médiation et la verbalisation du retour d'expérience*, raconte Nicolas Chottin. *Cette relation s'inscrit dans une réciprocité de transmission des savoirs* ». En septembre 2016, le CAE se transforme en contrat à durée indéterminée (CDI) au CSAPA Le Peyry, sur un poste destiné à « *faire vivre la médiation par les pairs* ». Sa nouvelle mission : accompagner les nouveaux médiateurs de santé pairs dans leurs actions et les soutenir dans leurs réflexions.

Car depuis janvier 2017, quatre MSP ont été recrutés, en contrat CAE. Chacun est accompagné par un travailleur social de la structure. Et chaque mois, « *durant une journée, nous nous rencontrons avec le coordinateur des MSP pour analyser les pratiques et réfléchir sur l'impact des MSP sur les professionnels, sur les personnes accueillies, et sur les MSP eux-mêmes* ».

Le rôle de pair de Nicolas Chottin ne se joue plus cette fois-ci avec l'utilisateur mais dans une relation professionnelle avec les nouveaux MSP. S'il utilise à nouveau son expérience, ce n'est plus celle de l'addiction, du soin et du rétablissement, mais celle de son parcours de professionnalisation, pour « *communiquer une éthique de l'accompagnement. Cette nouvelle aventure m'amène de nouveau à questionner mon rôle et ma place en tant que médiateur des médiateurs* ».

Nouvelle étape, en cours : la préparation d'un master dans les sciences de l'éducation, en Recherches et expertises en éducation et formation (REEF). Objectif de Nicolas Chottin : « *Mettre en valeur l'ensemble de ce dispositif de professionnalisation mis en place au sein de la structure, permettant*

aux nouveaux MSP de se former et de se sentir de plus en plus autonomes dans leur mission. » Le médiateur cherche ainsi à répondre, à terme, à la question du statut et de la formation du MSP : il s'agit de « *ne pas gommer les spécificités auxquelles nous croyons : expression des vulnérabilités, des histoires de vie comme compétences professionnelles créatrices de proximité relationnelle...* ». Et de rêver qu'un jour, peut-être, cette formation bien spécifique soit inscrite au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

A MONTRÉAL, DES COMITÉS D'USAGERS

Franca Xena Carducci partage la même expérience, à Montréal. Informer, accompagner, assister, cette ancienne consommatrice de drogues le fait en tant que membre du Comité des usagers du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal⁹. « *Je veux rendre l'aide que j'ai reçue.* » Alors elle se fait le porte-parole des usagers qui fréquentent le Centre.

Le comité compte sept membres. Ses missions : renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie, accompagner et assister les démarches. « *Les usagers de drogues sont toujours traités comme des moins que rien dans la société*, déplore Franca Xena Carducci. *Alors nous les aidons à retrouver confiance en eux, nous partageons notre expérience et montrons par notre exemple qu'il est possible de s'en sortir et que la vie est belle. Nous, ex-usagers, contrairement aux professionnels, nous avons été à leur place alors nous savons d'où ils viennent et ce qu'ils vivent.* »



Alain Morel,
psychiatre, directeur général de l'association
Oppelia (France), administrateur de la Fédération
Addiction, président de l'association pour
la Recherche et la Promotion des Approches
Expérientielles (ARPAE)

1 Un individu à l'avenir incertain, entre l'*homo addictus*, cet homme qui n'a jamais été aussi dépendant des techno-pouvoirs qu'il créé, et l'*homo deus*, cette caste d'hommes qui accapare seule les moyens de les contrôler (HARARI, Y. N. (2017). *Homo deus, une brève histoire de l'avenir*. Paris : Albin Michel, 448 p.).

2 SUE R. (2016). *La contre société*. Paris : Les liens qui libèrent, 187 p. Roger Sue est sociologue, professeur à l'Université Paris Descartes-Sorbonne et notamment membre du Centre de recherche sur les liens sociaux.

3 « Nouvelle ère » est le titre d'un forum annuel organisé sur le thème des transformations sociales et sociétales annonciatrices d'une société nouvelle.

ASSOCIER LES SAVOIRS : POUR UNE ADDICTOLOGIE COOPÉRATIVE

Il n'est plus possible aujourd'hui de comprendre le processus addictif et de trouver les meilleurs moyens de s'en protéger sans prendre toute la mesure de ses liens profonds avec les mutations du contexte culturel et social dans lequel il prospère. Cette question du « contexte » est en général réduite par l'addictologie à une dérégulation incitative de l'offre de produits (l'industrie, la publicité, le trafic) et une perte de contrôle de la demande (la surconsommation, l'excès et le passage à la dépendance). En réalité, ce qui est en jeu dans les nouveaux modes d'expression de la souffrance comme l'addiction l'est aussi au cœur des transformations de notre monde : *un profond besoin de transformation du lien social*.

DES CHANGEMENTS ANTHROPOLOGIQUES QUI TRANSFORMENT NOS RELATIONS SOCIALES

Les évolutions sociétales et techniques considérables que nous connaissons changent non seulement notre vision du monde et de la société, mais façonnent aussi un nouvel individu¹. Le renforcement du statut et des responsabilités qui pèsent sur chacun affaiblit les systèmes de pouvoir pyramidaux et les cadres sociaux établis, mais en génèrent d'autres à fort potentiel d'autonomie comme à fort risque d'isolement et de dépendance. L'exaltation de l'individualité rend chacun de nous à la fois plus capable et plus vulnérable, plus anxieux de s'accomplir et plus conscient de ce qui l'en empêche. Le besoin de reconnaissance, de bienveillance et d'égalité dans ce que l'on donne et reçoit devient plus exigeant. Chacun devient plus sensible aux défaillances du rapport à l'autre. Là se trouve la source de beaucoup de nos maux modernes, de la déprime

au *burn-out* professionnel en passant par l'abus de substances psychoactives.

Ces changements sont les signes de la fin d'un monde ancien et peuvent souvent être ressentis comme une menace. Mais ils sont aussi potentiellement porteurs d'une meilleure maîtrise du développement humain. Ils provoqueront d'autant moins de réactions défensives, de soubresauts, que nous saurons en tirer toutes les richesses pour créer collectivement, ici et maintenant, une nouvelle façon de vivre et d'être ensemble qui nous protège de nos propres failles. Tel est l'enjeu : pour réduire le risque d'une société aux pouvoirs algorithmés et hyper-concentrés, transformer ce qui « fait société » et faire converger nos efforts vers *une nouvelle dynamique du lien social et de l'associativité*².

Économie et organisations collaboratives, accès libre et universel aux connaissances, mouvements citoyens, démocratie sanitaire, « *ne plus faire pour nous mais avec nous* »... Dès lors que la question du mode de rapport entre les hommes est mise au cœur des mutations tant économiques que sociales, culturelles et politiques, nous comprenons que les réponses concrètes existent, qu'elles sont à notre portée, dans nos actes et nos modes d'organisation, nos pratiques. Coopérer, s'associer, partager sont devenus les clés du progrès humain et sans doute aussi de notre survie.

LA COOPÉRATION COMME NOUVELLE FORMALISATION DU LIEN SOCIAL

Ce lien social à construire est un mouvement de fond qui appelle « une nouvelle ère »³ : « *une société de la connaissance et de l'immatériel, de la communication et des réseaux, du capital humain, de l'éducation, de la santé et, plus largement,*

des services à la personne sur fond d'automatisation de la production matérielle » (Roger Sue, 2016).

C'est dans ce sens que nous utilisons le mot coopération : plus que simplement collaborative, il s'agit d'une relation de partage, d'empathie, d'échange, d'égalité et d'altérité pour construire ensemble. Cela engage des rapports sociaux, des rapports à l'autre, où la différence n'est pas une source de conflit mais d'enrichissement, où le conflit n'est pas dénié mais identifié comme la conséquence de la non prise en compte des besoins de l'autre. C'est ce que nous apprennent la communication non-violente et d'autres approches pour « prendre soin », mais aussi, pour les institutions, ce que nous apprennent des modèles de « gouvernance partagée » et de développement de « la bienveillance »⁴ : la connaissance et le respect des besoins fondamentaux de l'autre sont la condition première pour entrer en relation collaborative avec lui. La coopération permet alors de libérer la parole et de rechercher une réponse commune, une « solution », en partageant les expériences et les points de vue, en reconnaissant à chacun son pouvoir de dire et d'agir. C'est le processus même de la délibération et de la citoyenneté dans une démocratie moderne.

LA COOPÉRATION COMME FONDEMENT DE L'ACTION SOCIALE ET SOLIDAIRE

Ces mutations sont à l'œuvre – nous en sommes instruments et acteurs – dans les champs de l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, par exemple, le terme d'« accompagnement » se substitue à celui de « prise en charge », et « l'utilisateur » devient le personnage central auquel on reconnaît expertise et pouvoir d'agir sur soi et son environnement. Autrement dit, la capacité de modifier lui-même sa situation et de trouver le chemin de son mieux-être, redéfinissant du même coup le rôle des professionnels dans une collaboration et non plus dans l'octroi d'une aide au nom d'un statut (médecin, assistant social, infirmier, éducateur...) ou d'une institution dépositaire d'un savoir.

L'associativité, l'intelligence collective et la coopération ne concernent pas seulement le cadre de l'action, mais le processus de soin lui-même (le *care*). Ils constituent une réponse en soi à ce qui fait défaut aux personnes auxquelles elle veut apporter son aide et qui souffrent généralement d'isolement et du sentiment de ne pouvoir y changer quelque chose. *L'objectif du soin ou de l'aide est dans les moyens que l'on se donne pour y parvenir.* L'inclusion des usagers dans les services, la révision des systèmes de pouvoir, le développement des modalités de coopération entre pairs et avec les professionnels, leur intégration dans la gouvernance des organisations, services, établissements, associations gestionnaires, ne sont plus de l'ordre de l'utopie mais de l'expérimentation impérative.

COMME TOUTE CONDUITE SOCIALE, LA CONDUITE ADDICTIVE SE NOUE ET SE DÉNOUE DANS LE LIEN SOCIAL

Si ces pratiques progressent (lentement) dans la santé, elles paraissent essentielles dans le champ des addictions. Essentielles pour l'avenir de l'addictologie.

Le cerveau n'est qu'une localisation secondaire du « nœud » addictif. Il n'y a pas d'objet plus illustratif du besoin d'une approche plurielle et collaborative que l'addiction. Comment, en effet, affronter les problèmes qu'elle soulève, tout à la fois complexes, universels, individuels, inscrits dans nos modes de vie, dans notre culture, nos histoires personnelles et nos cerveaux ? Edgar Morin répond « en pensant global » c'est-à-dire en considérant l'humain dans sa nature « trinitaire », chacun étant à la fois un individu biologique et psychique, un être social et une partie de l'espèce humaine⁵.

Mais comment « penser global » sinon par la coopération ? Elle seule peut contribuer à l'émergence d'une « société de la connaissance » dont la nouveauté réside moins dans les progrès de la recherche scientifique traditionnelle que dans la participation d'acteurs divers à son élaboration et à la mise en lien de savoirs et d'informations multiples.

C'est ainsi que l'on voit se développer une « science participative », reconnaissant les savoirs non spécialisés et basés sur le « *crowdsourcing* »⁶, faisant appel à l'intelligence collective pour répondre à des problèmes que les spécialistes les plus pointus ne parviennent pas à résoudre.

C'est dans ce sens que doit se développer une *addictologie collaborative et transdisciplinaire*, qui reconnaisse fondamentalement l'importance des savoirs expérientiels de chacun et permette de résoudre ensemble les questions sur lesquelles nous butons : comment améliorer l'efficacité de la prévention et des soins pour que les personnes puissent mieux gérer leurs expériences de vie, pour que celles vivant avec une addiction en souffrent moins et trouvent les moyens de diminuer les difficultés qui sont à la source ?

LA RÉDUCTION DES RISQUES LIGNE DIRECTRICE DE LA RELATION D'AIDE COOPÉRATIVE

En tant que pédagogie du pas à pas et de l'autonomisation de l'utilisateur, la réduction des risques donne du sens, ainsi que des outils, aux pratiques d'intervention coopératives. L'intervention précoce renouvelle également les stratégies de prévention en associant l'adaptation des services pour faciliter la rencontre avec des usagers « là où ils en sont », dégagés d'un statut de malade ou de délinquant, et la capacité à « aller vers » eux sans attendre une hypothétique demande de soin.

Dans le domaine des traitements, toutes les avancées récentes, que ce soit avec l'utilisation de médicaments agonistes, de psychothérapies ou l'intégration d'outils de réduction des risques non médicaux (comme la vape), montrent que leur efficacité repose en premier lieu sur leur capacité à faire collaborer les professionnels soignants avec les usagers autour des objectifs de ces derniers et du respect de leur pouvoir d'agir eux-mêmes.

Quelle que soit leur discipline, les professionnels ont ainsi de plus en plus la fonction d'accompagner de façon collaborative les personnes ayant

des comportements de consommation à risque, avec le double objectif de favoriser les autocontrôles et les usages à moindre risque, et de consolider les liens et l'inclusion sociale ; sans condition préalable d'abstinence, et, selon le gré du patient, avec plus ou moins d'interventions soignantes et/ou de recours à l'auto-support et à des groupes d'entraide.

LA COOPÉRATION COMME MOTEUR DE LA RELATION ENTRE USAGERS ET PROFESSIONNELS

Devant l'importance du changement qui s'opère et des nouvelles aspirations à d'autres rapports sociaux qu'il suscite, il ne s'agit plus d'inviter les usagers à seulement « participer », mais de créer les moyens et les espaces coopératifs où ils puissent s'inscrire, à tous les niveaux des institutions. Depuis le « colloque singulier », l'accompagnement individuel et la prescription médicale jusqu'à l'expression collective et l'auto-organisation, y compris dans le système de gouvernance.

Si l'on veut aller au-delà des bonnes intentions, rien de tout cela n'est possible sans des modalités concrètes, des « outils », qui sont pour une grande part à créer en tant que supports actifs des coopérations entre professionnels de disciplines et de métiers différents, et avec les usagers dans leur diversité.

LA COOPÉRATION COMME MODE DE FONCTIONNE- MENT DES INSTITUTIONS

Une institution de soins qui se veut apprenante et collaborative ne peut l'être sans abattre ses cloisons, qu'elles soient internes ou externes.

Comment concevoir des pratiques coopératives entre professionnels et usagers si elles n'existent pas entre les professionnels et dans le fonctionnement même des institutions qui leur donnent leur cadre de travail ? Et si elles n'existent pas dans le rapport de l'institution à son environnement ?

Un nouveau rapport entre intérieur/extérieur de l'institution est en train de voir le jour. La coordination collaborative du parcours de santé, les réseaux associatifs et les communautés extra-professionnelles prennent une place et une influence grandissantes. Les professionnels sont ainsi amenés à travailler de plus en plus avec cet environnement,

en premier lieu avec les familles souvent encore délaissées, et construire des réseaux s'intriquant aux services. Un nouveau rapport entre professionnels est aussi à développer au sein des équipes dites « pluridisciplinaires ». L'accès à la complexité de faits humains tels que l'addiction exige des différents professionnels qu'ils construisent un cadre et des modalités de travail et d'échanges d'un haut niveau de transdisciplinarité, c'est-à-dire qu'ils se dotent d'une approche et d'une culture commune tout en mettant en complémentarité les compétences spécifiques.

FORMATION, VALORISATION, RECONNAISSANCE

Ainsi voit-on se dessiner les trois compétences que les professionnels doivent acquérir pour construire une addictologie collaborative, humaniste et sociale : la valorisation, le partage et la coopération.

La capacité à coopérer, et, partant, à la citoyenneté et à la démocratie, n'est pas innée. Elle s'apprend. Un apprentissage à des compétences relationnelles faites d'engagement, d'esprit d'initiative, de personnalité, de créativité, d'empathie, d'aptitude au travail collectif et à la délibération. Ces compétences sont pour beaucoup expérientielles et s'acquièrent sur le terrain, dans des conditions adéquates permettant aux uns et aux autres de s'impliquer. Benjamin Franklin disait : « *tu me dis j'oublie, tu m'enseignes je me souviens, tu m'impliques j'apprends* ».

Les performances (au sens qualitatif) de nos services en dépendent. Elles sont et seront de plus en plus indexées sur la qualité de l'associativité, de la coopération et sur la puissance des réseaux partagés. Le rôle des organisations est là essentiel pour former, valoriser et apporter de la reconnaissance.

Toutes ces perspectives donnent en tout cas un sens puissant à un projet politique traversant l'addictologie : au-delà du développement d'actions, développer la coopération, développer des organisations et une société de la connaissance et de l'intelligence par l'échange et le partage, et créer un lien social nouveau.

4 BARBONNET M., LEFEBVRE M., MONGIN P. (2016). *Les organisations bienveillantes*. Paris : ADICE éditions, 172 p.

5 MORIN E. (2015). *Penser global. L'humain et son univers*. Paris : Robert Laffont, 180 p. Un ouvrage préfacé par Michel Wieviorka, sociologue, Collège d'études mondial.

6 « Le crowdsourcing consiste littéralement à externaliser (to outsource) une activité vers la foule (crowd) c'est-à-dire vers un grand nombre d'acteurs anonymes (a priori) ». Source : Burger-Helmchen T., Pénin J. (2011). Crowdsourcing : définition, enjeux, typologie. *Management & Avenir*, 1 (n° 41).

PARCOURS DE SOIN ET PARTAGE DES SAVOIRS : PAROLE AUX USAGERS !

La Fédération Addiction défend la nécessité pour des professionnels de soin de se centrer sur le bien-être de la personne. C'est dans cette perspective qu'elle a lancé **une démarche de trois ans** pour valoriser et prendre en compte le savoir, la trajectoire et la manière dont chaque personne ayant usage du système de soin s'en empare et y participe.

> Développer les pratiques dans les structures

Ce projet veut lancer dans les équipes une réflexion pour construire des outils de valorisation de la parole de l'utilisateur dans le système de soin : olympiades, groupes autonomes, formations à la pair-aidance... Il souhaite « donner envie d'essayer » concrètement, via l'illustration et la valorisation de ce qui se fait déjà dans notre réseau, dans un guide de la collection *Repère(s)* (parution en 2019).

> Faire travailler les usagers et les professionnels ensemble à l'échelle locale, régionale...

Du pilotage du projet par un groupe paritaire aux entretiens et séminaires sur site, les usagers seront les co-constructeurs de ce travail. Le projet se fonde sur une démarche régionale, et occasionnera une série de séminaires paritaires ; des questionnements pratiques thématiques adaptés aux enjeux du territoire, ils permettront le partage *in real life* des compétences et savoirs, entre tous les acteurs du soin des addictions.

Plus d'informations : www.federationaddiction.fr

ALCOOL : QUAND LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ ÉVOLUE...

L'EXEMPLE DE DEUX DISPOSITIFS BELGES



Pascale Hensgens, *Coordinatrice de projets, FEDITO Wallonne (Belgique)*

Pascale Hensgens (FEDITO Wallonne) a recueilli pour **Addictions : recherches et pratiques** l'avis d'usagers et des porteurs de deux dispositifs à l'œuvre sur le territoire francophone belge, **aide-alcool.be** (aide en ligne) et **FreeDom** (accompagnement au sevrage à domicile). Ils visent un public de personnes alcoolo-dépendantes et ont un point commun : être au plus proche du contexte de vie et de l'environnement « ordinaire » des individus. Ces deux modèles reposent sur une conception différente de « la prise en charge » dans le champ de la première ligne d'aide et de soins.

« AIDE-ALCOOL.BE » : RÉINVENTER LE SOUTIEN EN LIGNE

PAROLES D'USAGERS

Jaimelesnuages - Programme self-help¹ de aide-alcool.be - juillet 2017

J'ai découvert le site en cherchant de l'aide. Je buvais trop, trop souvent et seule. J'avais déjà essayé d'arrêter, mais je n'arrivais pas à « tenir » plus d'une semaine. Ce que j'ai immédiatement apprécié ici, c'est que quand je me suis inscrite et que j'ai détaillé ma consommation, j'ai reçu un avis sérieux, non culpabilisant, qui m'a permis de me situer et donné la motivation nécessaire pour me prendre en main. Pour moi, ce fut en *self-help*. Les outils proposés sont vraiment adéquats, remplir mon journal de bord est vite devenu le moment le plus important de la journée, je me sentais très engagée. Les premiers jours ne sont pas faciles mais j'ai rapidement découvert tous les effets positifs de la sobriété. Je crois que c'était le bon moment. Les exercices, notamment penser à ce qu'on « perd » et à ce qu'on gagne en arrêtant l'alcool, m'ont permis de renforcer ma détermination. Le site m'a apporté ce que je cherchais : une sorte de contrat, arriver à ses objectifs. Déjà avant de m'inscrire sur ce site, j'ai entrepris une thérapie qui m'aide aussi à mieux cerner mon mode de fonctionnement, d'en comprendre certaines causes et d'avancer. Le forum est un bel outil aussi, je lis souvent les messages, j'ai compris que nous avons beaucoup de points communs dans nos parcours de vie, mais je suis une personne réservée et je ne participe pas souvent. J'apprécie aussi le fait qu'il n'y a pas de jugement et qu'on y rencontre souvent une belle ouverture d'esprit. Aujourd'hui, cela fait 13 mois que je ne bois plus, et je ne souhaite pas du

tout recommencer. Grâce à certains articles sur l'abstinence et la modération, je sais que cette dernière n'est pas pour moi, en plus, je n'aime même pas le goût du vin ! Petit bémol, je pense que ce programme n'est peut-être pas accessible à tous, tout se fait par écrit. Ce que j'apprécie aussi, c'est qu'on emploie peu le mot « alcoolique », que je trouve très négatif pour toute l'idée misère et de « déchéance » qu'on lui associe souvent, même s'il s'agit de préjugés..

Marela - Programme Accompagnement en ligne de aide-alcool.be - août 2017

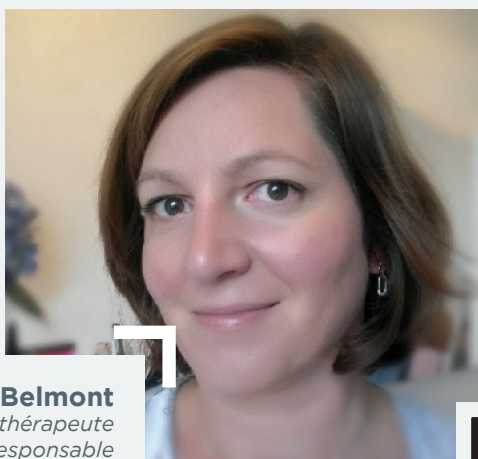
Après un nouvel excès d'alcool, vu les problèmes engendrés par cet excès, j'ai regardé sur le Net les possibilités d'aide pour diminuer, contrôler, ma consommation d'alcool. J'ai trouvé ce site. Le fait de ne pas devoir se déplacer, d'être totalement anonyme, physiquement également, que le site est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et vu le partage possible sur le forum, je me suis inscrite sans hésitation. Après deux mois d'inscription, j'arrive à moins boire car nous nous motivons ensemble. Lorsque je chute, les autres m'aident à me relever et j'essaie de relever les autres si possible. Il n'y a aucun jugement et nous parlons tous le même langage. À n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, si j'ai besoin d'aide, je peux aller sur le forum et envoyer mon SOS... Sans obtenir de réponse immédiate (mais souvent, il y en a une), le fait de pouvoir trouver les mots pour décrire notre envie, notre frustration, notre ras-le-bol, notre courage, notre force... ça aide. Les différents liens, les trucs et astuces, la possibilité de pouvoir créer des discussions selon le sujet, selon nos dé-

sirs, est génial, car si un sujet ne nous intéresse pas, nous ne sommes pas obligés de lire ni de participer à la conversation. Les outils sont adaptés à notre problème, à notre envie de maîtriser la consommation d'alcool. Le journal de bord m'est bien utile car il me permet de pouvoir constater mes éventuels progrès, mon état d'esprit lors des victoires, des chutes. L'outil « avantages et inconvénients » m'a permis de faire le point sur ma consommation et j'ai pu comprendre les raisons de celle-ci... Là, je vais entamer les « micro-défis »...

Annick06 - Programme Accompagnement en ligne de aide-alcool.be – juillet 2017

La psy qui me suit est toujours très positive, quand je ne vais pas bien, elle met le doigt sur ce qui est encourageant pour le futur et cela me permet d'y voir plus clair. Elle tient également compte de tous les éléments de ma vie susceptibles d'expliquer certains événements, de les accepter et d'aller de l'avant. Elle me fait sourire aussi, j'aime l'humour et elle sait très bien comment s'y prendre avec moi.

Son écoute est donc très personnalisée. Je dirais que le seul point qui peut être compliqué pour certaines personnes est qu'il faut bien s'exprimer par écrit sinon le travail ne doit pas être aisé. Si l'aide est limitée dans le temps (du moins en ce qui concerne les entretiens privés), tout est gratuit et donc abordable pour le plus grand nombre de personnes soucieuses de trouver une solution au problème de dépendance. Je remarque également le développement favorable du site auquel j'avais déjà fait appel il y a trois ou quatre ans : les forums sont bien plus dynamiques ! Ma motivation vient du fait que, finalement, je sais très bien ce que je veux (abstinence totale) : la modération ne me convient pas, je l'ai testée et j'ai lu différents témoignages à ce sujet. Mes graphiques ont prouvé, de manière objective, le non-sens de mes tentatives de contrôle, cet outil est donc bien utile également. Je me sens bien engagée dans la voie que j'ai choisie et je peux faire en sorte d'y arriver, je sais que c'est possible.



Angélique Belmont
psychologue et thérapeute
en ligne, responsable
du programme aide-alcool.
be au SSM Alfa de Liège
(Belgique)



Emilia Bogdanowicz
psychologue et thérapeute
en ligne, responsable
du programme aide-alcool.be
au centre Le Pélican
de Bruxelles (Belgique)

ARP : COMMENT A ÉTÉ CONÇU LE PROGRAMME D'AIDE ET DE SOINS « AIDE-ALCOOL.BE » ?

Emilia Bogdanowicz : le projet était déjà implanté en Flandre depuis 2008, notamment sur la base du constat que l'aide en ligne apportait une réelle plus-value à la palette des dispositifs d'aide et de soins. Nous l'avons adapté, testé et mis en place en Wallonie et à Bruxelles, fin 2012, grâce au soutien financier du fonds fédéral de lutte contre les assuétudes du ministère de la santé. Ce dispositif est conçu comme complémentaire aux autres dispositifs. Il a la particularité de toucher un public différent, majoritairement féminin et en situation d'emploi. En termes de philosophie, cet espace de communication et de thérapie par écrit

autour de la consommation d'alcool repose sur trois piliers de base : l'anonymat, la gratuité et la flexibilité, sans aucune obligation d'abstinence.

ARP : LE PROGRAMME EN LIGNE SE DÉCLINE DE TROIS MANIÈRES DIFFÉRENTES. À QUEL MOMENT CONSIDÉREZ-VOUS QU'IL Y A UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE ET DE SOINS ?

Angélique Belmont : le site propose trois portes d'entrée. L'une est centrée sur l'information et l'auto-évaluation avec des articles, des tests, des actualités, des témoignages... Une autre donne accès au *self-help* en ligne avec un journal de bord, une analyse de la situation de risque et de la motivation, des exercices relatifs à la prévention

2 Conversation par écrit en direct sur Internet.

3 Une application mobile est un programme téléchargeable de façon gratuite ou payante, et exécutable à partir du système d'exploitation d'un smartphone ou d'une tablette.

4 En Belgique, le terme « assuétude » est régulièrement utilisé pour désigner l'addiction.

de la rechute, un plan d'actions... Ce programme dure entre 6 et 12 semaines. Enfin, la troisième porte d'entrée du site est l'accompagnement en ligne.

Il s'agit du même programme que pour le *self-help* auquel s'ajoute une session de « chat² » sur rendez-vous avec un(e) psychologue thérapeute. Et cela à raison d'une fois par

semaine, entre 8 et 21 heures ainsi que le samedi matin, pendant 3 mois. Normalement, cet « entretien » dure 50 minutes mais, en fonction des besoins, il peut aller jusqu'à 1h30. Il y a également un forum privé accessible 24h sur 24 aux personnes inscrites en *self-help* et en accompagnement. Il a la même fonction qu'une communauté d'entraide. En moyenne annuelle, nous comptons 1 million de visites, 35 000 tests en ligne, 1 200 inscriptions en *self-help* et 450 inscriptions en accompagnement thérapeutique. Dès le premier contact, nous considérons qu'il y a une forme d'entrée dans le parcours de soins. Même s'il n'y a pas de face à face, au sens traditionnel du terme, une vraie relation psychothérapeutique peut s'installer, voire se poursuivre ailleurs. Ce mode de communication démystifie complètement la relation avec le psy. L'usage d'Internet à la maison permet de dédramatiser la situation, mais aussi de respecter le cadre sécurisant de la personne qui reste dans ses habitudes. Il évite aussi le phénomène de stigmatisation et amoindrit le sentiment de culpabilité/honte.

ARP : QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES LIMITES DU « FACE À FACE » THÉRAPEUTIQUE EN LIGNE ?

Emilia Bogdanowicz et Angélique Belmont :

C'est tellement nouveau comme manière de travailler ! Il n'y a pas d'image, pas de son... tout passe par l'écrit. Et l'écrit a sa force aussi : le choix des mots, des expressions. Ne pas voir son psy a également un côté désinhibant. L'écueil parfois, c'est la bonne compréhension des mots. C'est pourquoi, nous utilisons les techniques de l'entretien motivationnel avec un travail intense de reformulation. Nous nous concentrons aussi énormément sur la validation des émotions. Globalement, nous avons le sentiment qu'avec ce mode de communication, nous allons plus vite au cœur de la relation. Enfin, le « chat » laisse une trace de tout le contenu de nos « entretiens », c'est très précieux tant pour le thérapeute que pour le patient. Quant à nos interventions au niveau du forum privé, elles sont de l'ordre de la modération. Cet espace fonctionne comme un groupe d'auto-support, sans professionnels, avec des anciens et des nouveaux utilisateurs d'aide-alcool.be. Lorsque nous intervenons dans ce rôle de modération, c'est généralement pour rappeler que chaque personne est différente

et que l'abstinence n'est pas nécessairement la seule solution alternative à l'alcool-dépendance. L'aide en ligne est un dispositif complémentaire dont on ne peut plus se passer. Tout le monde aujourd'hui est connecté. La plupart des gens consultent Internet dès qu'ils ont un problème médical. Il est impératif que des professionnels formés occupent cet espace. Par ailleurs, de plus en plus de personnes se connectent via leur smartphone, c'est pourquoi nous pensons sérieusement à la création d'une « appli³ »...

ARP : LES DEMANDES D'AIDE NE CESSENT D'AUGMENTER. VOS MODES DE FINANCEMENTS SONT ACTUELLEMENT TRÈS PRÉCAIRES. COMMENT IMAGINEZ-VOUS POUVOIR RÉPONDRE À CES NOUVELLES DEMANDES ?

Angélique Belmont : Si nous avions des financements supplémentaires, nous ne changerions pas de cadre méthodologique. Nous pourrions mieux répondre à l'augmentation des demandes. Notre programme pourrait également être adapté aux personnes dépendantes à d'autres substances, légales ou illégales, ou encore à d'autres problématiques de santé mentale. Mais pour l'instant, notre principale préoccupation est que ce dispositif d'aide et de soins de première ligne n'a pas de cadre financier structurel. Le financement public passe par un renouvellement annuel qui peut à chaque fois être remis en question. Toutefois, nous sommes constructifs et venons d'entamer une phase d'ouverture à moindre coût. Nous parions en effet sur la mise en place d'un réseau de thérapeutes en ligne. En échange d'une formation et d'interventions, nous proposons l'accès à notre outil informatique. Ce réseau s'adresse uniquement à des thérapeutes (psychologues ou travailleurs sociaux formés en psychothérapie) travaillant en institution spécialisée assuétudes⁴. Une convention est passée entre le service spécialisé, le psychologue et nous-mêmes. Si ce travailleur quitte son poste au sein de l'institution, il perd son accès à l'outil et au réseau de thérapeutes en ligne.

FREEDOM : SORTIR DE LA « DICTATURE DE SOINS »

5 www.lacaho.be

6 Centre d'aide aux alcooliques
et toxicomanes

PAROLES D'USAGERS

Michèle - Dispositif FreeDom - juillet 2107, après 6 semaines d'abstinence

J'apprécie beaucoup la grande disponibilité de l'équipe, au moins on m'écoute, on ne me juge pas, et puis vous êtes toujours les mêmes à venir me voir. C'est pas un reproche, hein... bien au contraire ! Tu m'avais dit que vous alliez être envahissants mais moi ça me va... plus personne ne venait me voir, mes enfants étaient bien là mais ils passaient, me contrôlaient, ils étaient très en colère sur moi, je le sentais et ils me le disaient. À l'hôpital, ça change tout le temps, c'est jamais les mêmes du jour au lendemain... À l'hôpital où je suis allée deux fois, je ne supportais pas de faire la file pour aller confier ce qui n'allait pas dans la « bulle des

infirmiers ». Quand je revenais en week-end chez moi, je me sentais comme étrangère, perdue... Mes enfants n'ont été rencontrés qu'à la fin de ma deuxième hospitalisation... Ici ça a été important, vous les avez rencontrés plusieurs fois, même avant que ne débute le sevrage, vous leur avez expliqué ce que c'était la dépendance, l'accrochage à l'alcool. Maintenant, ils me regardent autrement et ils m'aident, mes sœurs aussi, elles me soutiennent à fond...

Vincent - Dispositif FreeDom - juin 2010 et toujours abstinent

Au moins, quand vous venez, vous venez pour moi, pour moi seulement, je ne me sens pas noyé dans la masse et dans l'anonymat, j'existe pour vous.

Pascale Hontoir

psychologue spécialisée en alcoologie, responsable du projet FreeDom du CAAT (Centre d'aide aux alcooliques et toxicomanes) de Péruwelz (Belgique)



Benoît Brouillard

coordinateur du réseau assuétudes de la Wallonie picarde et co-fondateur du projet FreeDom (Belgique)

ARP : COMMENT EST NÉ LE DISPOSITIF « FREEDOM » ?

Benoît Brouillard : Suite à une expérience commune de 25 ans en milieu hospitalier psychiatrique à Tournai, le Dr Gui Jonniaux, neuropsychiatre, et Pascale Hontoir, psychologue, tous deux spécialisés en alcoologie, réfléchissaient depuis longtemps à l'adéquation des soins dispensés aux personnes alcoolodépendantes. Le dispositif FreeDom est né en 2009 au sein d'un groupe de travail initié par le réseau assuétudes de la Wallonie picarde *Coordination assuétudes H-O A.S.B.L.*⁵, dont je suis le coordinateur. Aujourd'hui, le dispositif FreeDom est intégré à l'offre du service spécialisé ambulatoire, le CAAT⁶ à Tournai.

ARP : CET ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE S'INSCRIT À L'ENCONTRE DE CE QUE VOUS NOMMEZ « UNE DICTATURE DE SOINS ». POURRIEZ-VOUS EN DIRE PLUS ?

Pascale Hontoir : Cette démarche d'aller vers le patient à son domicile, dans son lieu de vie ordinaire, lieu de ses repères et de l'expression de son psychisme, suppose pour les soignants de sortir d'une dictature de soins, des fameuses « prises en charge » ou encore des plans de soins. Il s'agit de tenir compte de l'intime d'un individu, d'une famille et de l'organisation d'un individu ou d'un groupe. En faisant appel à notre service, le patient nous invite et nous permet l'entrée dans son « chez soi ». C'est dans ce lieu que le sujet inscrit ses codes de

7 DEPUSSÉ M., OURY J., (2003). À quelle heure passe le train... *Conversations sur la folie*. Paris : Calmann-Lévy, 320 p.

vie et ses codes quotidiens. Nous sommes donc des invités et nous ne pouvons rentrer chez lui « les talons hauts et l'interprétation triomphante » !

Le soignant devient l'invité du soigné et c'est dans ce contexte qu'il décidera ou non de se mettre au travail quant à la place de la consommation dans sa vie. Malgré l'invitation qui nous est faite, l'accueil ne nous est pas acquis dès le départ. À nous de manifester sollicitude, empathie, d'être « *réceptif à l'autre, à l'insolite, à l'invisible* »⁷. Par la suite, l'acceptation se traduira par des indices subtils comme la préparation d'un café, la diminution du volume sonore de la télévision, l'augmentation de la température des lieux, la mise à l'écart éventuelle des multiples chiens et chats plus affectueux les uns que les autres... à moins que ceux-ci ne participent à la rencontre. À nous alors de valoriser ce qui est investi, les photos souvenirs, les odeurs de cuisine, la déco de la maison. Ces éléments aussi doivent faire lien avec la structure psychique de notre hôte et favoriser la rencontre entre nous. À partir de là va se jouer une rencontre entre plusieurs êtres humains qui attendent aide et soins en échange de la révélation de l'intime d'eux-mêmes sur leur propre vie, et un engagement dans un processus où le soignant doit pouvoir se montrer « digne de confiance ».

ARP : FREEDOM, C'EST NE PAS SE FAIRE « ENFERMER » À L'HÔPITAL POUR SE LIBÉRER D'UN PRODUIT. QUELLES SONT LES RAISONS DE CE REFUS DES PATIENTS ?

Pascale Hontoir : Un certain nombre de patients qui font appel à nous ne veulent pas entendre parler d'hospitalisation pour de multiples raisons qui vaudraient bien la peine d'être analysées, car elles pourraient apporter des réponses et du sens aux décisions des instances politiques qui se préoccupent de la santé des citoyens. Nous pensons à différentes situations. Pour les familles monoparentales, la question du placement des enfants, souvent issus de plusieurs lits, s'avère impossible et mal vécue : « *et si en plus, mon ex devait savoir que je me fais hospitaliser pour l'alcool, j'aurais bien peur de perdre la garde...* » (Christophe, aux multiples sevrages avec notre dispositif). Très régulièrement, le bénéficiaire en profitera pour rassembler autour de lui des personnes aux influences positives, permettant une bonne organisation familiale pendant la période critique du sevrage physique. Il réorganisera déjà des liens naturels *in vivo*. Relevons aussi les personnes qui craignent l'enfermement parce qu'elles ne veulent pas être assimilées à des patients psychiatriques, confinées dans des services du même nom. Certains ont connu l'infantilisation à l'hôpital. À la petite phrase répétée lors d'une pré-visite, « *nous ne viendrons pas vous surveiller mais veiller sur vous* », Stéphanie nous dira, interloquée : « *vous ne viendrez donc pas contrôler*

si j'ai consommé ? Ah, ben ça alors, je ne m'attendais pas à ça ! ». Il est important dans ces moments-là de renvoyer la propre responsabilité au bénéficiaire de prendre soin ou non de soi. L'équipe sera là comme témoin en accompagnement. Il y a aussi les patients qui ont connu une mauvaise expérience avec une hospitalisation et qui ne veulent pas la renouveler. Ils se sont retrouvés démunis, perdus à la sortie et un certain nombre d'entre eux ont expliqué une rechute après leur séjour. Ces patients pressentent que la réinsertion, c'est finalement continuer à avoir un contact avec leur quotidien, et nous montrent très vite l'homéostasie entre leur propre évolution, psychique et physique, et l'évolution dans leur environnement (remise en ordre de leur intérieur, reprise en main des démarches et des papiers, organisation de sorties qui ont du sens pour leurs propres besoins...). Enfin, citons les patients qui, peu abîmés, peu désinvoltes, souhaitent reprendre rapidement leur travail soit de peur de le perdre, soit parce que celui-ci fait sens dans leur existence.

ARP : EN QUOI LE PROJET FREEDOM ENGAGE-T-IL À L'EXERCICE CITOYEN ?

Pascale Hontoir et Benoît Brouillard : C'est toute une équipe transdisciplinaire, unique pour chaque situation, qui se mettra au travail avec le patient et sa famille. Vu l'étendue de la Wallonie picarde, nous travaillons avec des professionnels de proximité indépendants. Ils ont été contactés par notre assistante sociale, véritable fil rouge, indispensable communicante, renvoyant à cette notion de « permanence » si rassurante. En acceptant ces prises en soins, les intervenants acceptent de partager leurs connaissances et de les mettre à profit du patient, via des moments de concertation entre professionnels, patients et familles. Avant le sevrage, le patient fera connaissance avec son équipe et les valeurs du Projet FreeDom sont transmises. Une nouvelle concertation est organisée après deux semaines de sevrage. Et ensuite une à deux fois encore avec un espace d'un mois. Le patient ne se retrouve pas « objet de soins » mais « sujet » à part entière. C'est grâce à cet aspect participatif que les soins sont adaptés et créés sur mesure : traitement médicamenteux, rythme des passages, nécessité ou non de prolonger les rencontres individuelles et/ou familiales. La *compliance* aux soins s'en voit renforcée. Se sentir épaulé et accompagné par sa propre équipe de confiance, avec qui des rencontres humaines ont surgi, prend tout son sens et devient étayant et porteur.

YANN LE BOSSÉ : « NI SAUVEUR, NI POLICIER, NI MILITANT, QUELLE POSTURE L'INTERVENANT SOCIAL PEUT-IL ADOPTER ? »

Cécile Bettendorff, chargée de projet, Fédération Addiction

Yann Le Bossé, Professeur titulaire à l'Université de Laval au Québec, au sein du Département des fondements et pratiques en éducation, travaille depuis de nombreuses années sur la psychosociologie des pratiques sociales et éducatives, la psychologie communautaire et plus particulièrement les processus fondamentaux et appliqués du Développement du Pouvoir d'Agir (*empowerment*) des personnes et des collectivités. Il revient pour **Addiction(s) : recherches et pratiques** sur ses travaux. Quand un enseignant-chercheur remet l'usager et son expertise au centre du processus de changement...

ARP : QUAND ET POURQUOI VOUS ÊTES-VOUS INTÉRESSÉ À LA QUESTION DE L'EMPOWERMENT ?

Yann Le Bossé : À la fin des années 1980, je me suis interrogé sur un problème récurrent dans les théories classiques en psychologie : alors qu'elles reconnaissent l'influence de la société sur les situations individuelles, elles ne prennent pas en compte ce facteur dans leurs applications pratiques. J'ai donc souhaité développer une démarche qui, à l'inverse, en tienne compte.

J'ai d'abord voulu clarifier la notion d'*empowerment* : le terme anglais, très utilisé mais dans de multiples sens, veut parfois dire tout et son contraire. Pour moi, le cœur de la notion se situe dans le processus de développement d'un « pouvoir d'agir » qui peut être entendu dans un sens superficiel – quelles actions je peux concrètement réaliser – et dans un sens plus complexe, en définissant de façon très précise les notions de pouvoir et d'action.

ARP : VOUS AVEZ DÉVELOPPÉ UNE APPROCHE D'INTERVENTION SOCIALE BASÉE SUR CE POUVOIR D'AGIR. POUVEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE LES GRANDES ÉTAPES DE CE TRAVAIL ?

Yann Le Bossé : Il y a d'abord eu une recherche théorique, puis la modélisation d'une approche, que nous avons mise à l'épreuve pendant quinze ans auprès d'intervenants travaillant dans des secteurs très différents (du travailleur de rue au médecin en passant par l'agent de probation, le psychothérapeute ou encore l'animateur socio-culturel). Ils nous ont aidés à en faire découler des axes de pratiques. Ce modèle a été diffusé dans de nombreux pays : Belgique, Suisse, France (dont Ile de la Réunion), Canada, Portugal, et récemment en Roumanie. Nous travaillons prin-

cipalement avec des acteurs de terrain (fédérations, structures rassemblant des intervenants...), pour pouvoir expérimenter au cœur des pratiques professionnelles. Tous les secteurs d'intervention sanitaire et sociale sont potentiellement concernés par cette approche : prévention et promotion de la santé, services sociaux, protection de la jeunesse, développement communautaire, médecine... y compris bien sûr l'addictologie.

Aujourd'hui, il existe un réseau international qui s'est constitué à l'initiative de personnes formées dont certaines sont devenues elles-mêmes formatrices. On travaille actuellement à la mise au point d'un cadre de référence pour évaluer l'efficacité des pratiques qui adoptent cette approche.

ARP : QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DE VOTRE APPROCHE ?

Yann Le Bossé : Il existe à mon sens deux formes d'expertises : professionnelle et expérientielle. On ne peut imaginer aider une personne si on ne comprend pas la façon dont elle vit son expérience, sinon c'est une intervention unilatérale qui risque d'être inefficace, voire dommageable. De ce point de vue, le travail du professionnel consiste à accompagner la personne en faisant en sorte qu'elle soit actrice de son changement. Le professionnel s'appuie à la fois sur ses compétences et sur la connaissance expérientielle de la personne pour savoir ce qui fonctionnera ou non avec elle.

Cette approche repose sur un cadre d'analyse structuré autour de quatre axes :

- 1) une analyse interactionniste et stratégique des acteurs en contexte : qui veut changer quoi ? Pour qui et pourquoi ?
- 2) la prise en compte du point de vue de la personne dans la définition de ce qui fait problème et des solutions potentiellement viables, sous

peine de perdre du temps, voire de lui être dommageable ;
3) une intervention enracinée dans « l'ici et maintenant » : l'intervention ne peut se déployer qu'au présent ;
4) la capacité à tirer les enseignements de la situation, pour s'affranchir progressivement de la nécessité d'être accompagné dans ses démarches de changement.

Cette conception de l'intervention laisse toute sa place à la créativité de l'intervenant et à la personnalisation de l'accompagnement.

ARP : QUELS SONT LES POINTS FORTS DE VOTRE APPROCHE ?

Yann Le Bossé : La personne accompagnée peut s'attribuer le succès de son changement et se « remettre en mouvement », s'affranchir des obstacles qu'elle rencontre plutôt que de s'y adapter. Elle redevient, avec d'autres ou de manière individuelle, actrice de son devenir. Le changement ainsi opéré est plus viable.

ARP : ... ET LES POINTS DE VIGILANCE ?

Yann Le Bossé : C'est une approche très précise, qui demande une formation très rigoureuse. Les attentes sont fortes vis-à-vis de l'intervenant, car cela l'oblige à quitter une éventuelle posture de sauveur, policier, ou encore militant... Il lui est plutôt proposé de se positionner comme un « passeur », n'ayant d'autre but que de faciliter la traversée d'une période délicate dans un parcours de vie. Ceci, sans forcément avoir à porter un jugement sur le parcours antérieur de la personne accompagnée ni sur ses aspirations.

ARP : QUE FAIT CONCRÈTEMENT L'INTERVENANT ?

Yann Le Bossé : L'intervenant est là pour aider à identifier ce qui bloque, ce qui freine l'épanouissement, ce qui pose problème ici et maintenant. Il propose un soutien qui part de ce qu'est la personne, de là où elle se trouve, sans exiger d'objectif ou imposer de cadre. Il cherche avec elle le « pas proximal », c'est-à-dire le plus grand pas possible que la personne puisse faire dans la direction de ce qui est important pour elle, ses proches ou la collectivité à laquelle elle s'identifie.

Un exemple : l'accompagnement d'un homme fumeur de tabac. Celui-ci souhaitait arrêter de consommer car il venait d'avoir un enfant et estimait que cette nouvelle réalité imposait qu'il préserve sa santé. Dans les premiers temps, nous ne lui avons pas demandé d'arrêter de fumer, mais plutôt de continuer à fumer, en observant ses comportements de consommation. Nous avons également passé du temps à mieux cerner la fonction du tabagisme dans son existence quotidienne. La cigarette l'aidait à contrôler son stress, notamment professionnel. En réfléchissant à sa situation, il a choisi de changer d'emploi et a pu, en parallèle, arrêter de fumer rapidement. Lors du sevrage, il avait tous les symptômes physiques du manque,

mais comme il était d'accord pour les vivre, il a compensé par de la nicotine en cachet et s'est appuyé sur une motivation claire. La substance est une béquille : on essaie d'accompagner la personne pour qu'elle réussisse à marcher sans.

La clé, c'est donc d'identifier la fonction que joue la consommation, à quelle demande elle répond. Continuer à consommer, mais observer à quels moments on consomme, pourquoi... donc devenir expert de sa propre consommation. En s'observant, on inscrit une distance, un espace cognitif supplémentaire. Une fois qu'une personne a fait ses constatations, elle fait ses choix. Il est possible de s'affranchir seul d'une addiction. Beaucoup de personnes pensent qu'elles ne peuvent pas faire sans, alors qu'elles ont potentiellement du contrôle sur la façon dont elles consomment. Or, se considérer comme passif face à ses consommations, avoir le sentiment de subir l'addiction confinent au sentiment d'impuissance. Au début de notre accompagnement, alors que les personnes arrivent avec une demande d'arrêt, on les place tout de suite en position d'acteur en leur proposant de commencer par observer la mécanique de leur consommation.

Si la personne trouve que la consommation reste utile, elle continuera à consommer, mais choisira consciemment de le faire ou non, au lieu de subir son addiction. Ou bien elle se rendra compte que la consommation n'est pas nécessaire, qu'on peut s'apaiser, trouver du contentement autrement. Tout cela, ce n'est pas un discours, mais le chemin que la personne va faire elle-même. On regarde avec la personne ce qui se passe et on l'aide à arriver à ses propres conclusions, même si on sait souvent où elle va aller. On marche à côté d'elle, pas devant elle, et on ne la pousse pas dans le dos non plus.

L'intervenant ne prend pas la responsabilité du changement, il est co-pilote. C'est un rôle beaucoup plus apaisant, plus confortable, mais aussi plus puissant. On peut être co-pilote de beaucoup de démarches, alors qu'on ne peut en piloter qu'une à la fois. L'intervenant sort par la même occasion de l'impuissance dans laquelle il est placé. Il n'a « rien à vendre » et mesure l'efficacité de son accompagnement au fait que la personne se remette en mouvement. Les intervenants s'épanouissent dans cette approche.

ARP : COMMENT ARTICULEZ-VOUS VOTRE APPROCHE AVEC L'ACTION DES GROUPES D'ENTRAIDES ?

Yann Le Bossé : Un écueil fréquent des groupes d'entraide réside dans le fait qu'il s'agit souvent de psychologie de groupe. Or la prise de conscience des difficultés que l'on rencontre ne doit pas être uniquement personnelle, il faut qu'elle fasse lien avec les problèmes sociaux qui peuvent influencer la vie de chacun. Le risque, c'est de n'exister au sein du groupe que partiellement, que la globalité de l'individu ne soit pas prise en compte.

Un autre problème est celui de la pénalisation et de l'interdiction. Si le groupe promeut l'idée que

l'addiction est une maladie sur laquelle on n'a pas de pouvoir, chacun entretient l'impuissance des autres et tente de la soulager en même temps. Cela risque d'alimenter une dépendance au groupe.

Tout prêt-à-penser est dangereux, qu'il soit proposé dans un groupe d'entraide ou par une institution, car il aliène la personne : elle ne fait pas le cheminement elle-même, elle doit « acheter » des définitions toutes faites, elle est réduite à son symptôme... On lui demande d'avoir une responsabilité dans un changement dont elle n'a pas l'entière maîtrise : on rajoute à son impuissance, on renforce l'idée qu'elle est incapable d'agir. Sous couvert d'aide, on l'abîme. C'est en ce sens que les pratiques sociales traditionnelles peuvent être dommageables pour les personnes accompagnées.

Pour qu'il y ait affranchissement, le groupe doit donc procéder à une prise de conscience collective, sociale et politique (Ninacs, 1995)¹. Collective, car je me rends compte que d'autres vivent le même problème que moi ; sociale, car je perçois le lien qui existe entre la façon dont la société est organisée et mon problème ; politique, car je prends conscience de la nécessité de changer les choses à un niveau sociétal. C'est au niveau social et politique que le pouvoir d'agir collectif peut être développé.

Je ne pense pas qu'on n'agisse que « par soi-même » : quand on agit, on inclut toujours le collectif, « l'agir ensemble », le « faire ensemble ». Il n'existe pas d'opposition, mais une continuité, entre mon problème et celui du groupe, et pour qu'un groupe fonctionne, les deux doivent être considérés de concert, et articulés. Le piège du militant réside dans le fait de ne voir que l'intérêt collectif, de perdre de vue la façon singulière dont les gens vivent le problème. Dans ce cas, la personne saisit que ce qui la préoccupe n'a de légitimité que si cela fait partie de la problématique que les membres ont en commun. Autrement dit, elle ne peut être accueillie dans sa globalité.

Pourtant, le pouvoir d'agir collectif est très puissant à partir du moment où il ne nie pas la dimension personnelle ! Ce pouvoir est alors démultiplié, dans la mesure où il ne dépossède pas la personne de sa capacité d'initiative.

ARP : QUELLES SONT VOS PERSPECTIVES DE TRAVAIL ??

Yann Le Bossé : Dans le troisième volume de notre ouvrage « Sortir de l'impuissance », à paraître d'ici deux ou trois ans, nous tentons de reconsidérer la théorie de l'évaluation des pratiques sociales. Actuellement, cette évaluation s'appuie sur des concepts externes aux acteurs et structures agissantes, souvent importés d'autres domaines de connaissance ou d'action. Or les premiers concernés par le changement visé devraient prioritairement être invités à donner une valeur au changement qu'ils vivent. Des exemples récents ont montré qu'un programme pouvait être évalué d'une manière complètement opposée par les pouvoirs publics et les bénéficiaires de l'action.

On peut penser un problème d'une manière irréprochable sur le plan théorique et technique, et oublier de se demander si la réalité correspond à la théorie...

D'ailleurs, à la place « d'évaluation », il serait plus juste de parler de « validation », car si on peut attribuer une valeur à un changement de manière unilatérale, on peut plus difficilement en valider la réalité sans consulter les personnes qui sont censées en faire l'expérience...

J'ai également en projet l'écriture d'un petit manuel sur le développement d'un pouvoir d'agir sur ses propres émotions, mais la date de parution n'est pas encore définie !

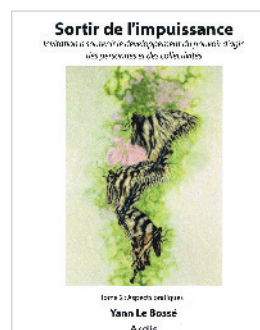
¹ NINACS, W.A. (1995). Empowerment et service social : approches et enjeux. *Service social*, 44 (1), 69-93.

BIBLIOGRAPHIE



LE BOSSE, Y. (2015).

Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. - Tome 1, Fondements et cadres conceptuels. Québec : ARDIS, 327 pages.



LE BOSSE, Y. (2016).

Sortir de l'impuissance volume 2 : Aspects pratiques. Québec : ARDIS.



LE BOSSE, Y. (2016).

Soutenir sans prescrire - Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC). Québec : ARDIS, 63 pages.

>> POUR COMMANDER LES OUVRAGES :
[HTTP://ARDISCANADA.CA/](http://ardiscanada.ca/)

1 L'étude a été effectuée en partie grâce au soutien financier de la Direction de santé publique de Montréal et de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Michel Perreault

Ph.D. (détenteur d'un doctorat - *Philosophiæ doctor*), chercheur au Centre de recherche de l'hôpital Douglas et professeur au département de psychiatrie de l'Université McGill (Québec)



Carley Marshall

M.Sc. (détentrice d'une maîtrise en sciences), étudiante au doctorat en neurosciences à l'université McGill (Québec)

Léonie Archambault

M.A. (détentrice d'une maîtrise), coordonnatrice de recherche au Centre de recherche de l'hôpital Douglas (Québec)



© Alegria Castro

Ana Carolina Artunduaga

Bacc. professionnel en psychologie, étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Montréal (Québec)



© DR

Diana Milton

B.Sc. (détentrice d'un Baccalauréat en sciences), coordonnatrice de recherche au Centre de recherche de l'hôpital Douglas (Québec)

PAIRS AIDANTS ET RÉTABLISSEMENT DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS : L'EXEMPLE DE PROFAN

ADDICTIONS ET PAIR-AIDANCE

Les activités de sensibilisation par les pairs contribuent à réduire la prise de risque dans les comportements de consommation ainsi qu'à favoriser le lien entre les usagers et les services (Broadhead, Heckathorn et al. 2002 ; Deering, Kerr et al. 2011 ; Needle, Burrows et al. 2005). L'intervention par les pairs contribuerait aussi dans plusieurs cas à diminuer l'utilisation de substances chez les usagers (Basuk, Hanson et al. 2016). Le présent article propose un examen du rôle de pair-aidant sous l'angle du rétablissement. À cet effet, les résultats d'une étude qualitative portant sur le programme « Prévenir et Réduire les Overdoses – Former et Accéder à la Naloxone » (PROFAN) sont présentés afin d'en illustrer les impacts¹.

RÉTABLISSEMENT ET PAIR-AIDANCE

Dès le 19^e siècle, les personnes en rétablissement occupent plusieurs rôles non professionnels dans le traitement des addictions (White 2010). Le mouvement des Alcooliques Anonymes, créé en 1937, constitue le réseau de soutien par les pairs le mieux établi (Cyr, McKee et al. 2016). Au début des années 1970 apparaît une forme de soutien par les pairs qui, dans une perspective critique de la psychiatrie, est fondée sur l'expérience de l'oppression et le désir d'autodétermination (Chamberlin dans Cyr, McKee et al. 2016 ; Davidson, Chinman et al. 2006). Le concept de rétablissement qui s'est ensuite développé dans le domaine de la santé mentale (Cyr, McKee et al. 2016) est décrit comme un cheminement personnel et unique de changement dans les attitudes, les valeurs, les sentiments,

les buts, les compétences ou les rôles (Anthony 1993). Ce processus, fondé sur une vie satisfaisante et sur l'espoir, implique de donner un sens à sa vie et de contribuer socialement malgré les limites imposées par sa condition (*ibid.*). Dans le domaine des addictions, la vision médicale a favorisé l'adoption par certains du modèle de prise en charge des maladies chroniques orienté vers le rétablissement, ainsi qu'un engouement pour l'intégration formelle du soutien par les pairs dans les services (Bassuk, Hanson et al. 2016)

Bassuk et al. (2016) distinguent deux types de support par des pairs :

1) les modalités d'entraide informelles ancrées dans la relation mutuelle ne nécessitant pas de formation ;
2) la relation d'aide unidirectionnelle où les pairs dispensent une assistance non professionnelle à travers des structures formelles et des rôles spécialisés (White 2010, Bassuk, Hanson et al. 2016).

Le continuum de la relation d'aide de Davidson et al. (2006) conceptualise le support par les pairs sur une échelle allant de la relation d'aide unidirectionnelle jusqu'à l'amitié réciproque.

Les structures organisationnelles auxquelles adhèrent les pairs reflètent l'un ou l'autre de ces pôles dans le continuum de la relation d'aide. Bien entendu, celles où leur pouvoir décisionnel est plus grand sont plus susceptibles d'induire un sentiment de contrôle et d'autonomisation chez les pairs-aidants. Komaroff et Perreault (2013) ont identifié cinq modalités d'organisation à cet égard :

1) l'implication dans un groupe de soutien mutuel tel que les Alcooliques Anonymes ;
2) l'engagement dans une organisation d'entraide ;
3) le déploiement de pairs dans une organisation partenaire non gérée par des pairs ;
4) l'embauche de pairs dans des postes traditionnels au sein d'organisations formelles ;
5) la gestion de services par les pairs.

Ce dernier modèle s'inscrit parmi les plus susceptibles d'induire un sentiment de contrôle et d'autonomisation puisque des pairs gèrent l'action d'autres pairs. L'exemple de PROFAN se situe dans cette catégorie et son impact auprès des pairs-aidants a été évalué sous l'angle du rétablissement.

ÉVALUATION DU PROGRAMME PROFAN

À Montréal, un programme de formation et de distribution de naloxone (médicament utilisé afin de contrer les effets des surdoses d'opioïdes) a été développé par Méta d'Âme (un organisme géré par des pairs), le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) et la Direction de la santé publique de Montréal. La formation offerte aux personnes qui utilisent des opioïdes est dispensée par des pairs et permet aux participants d'intervenir en cas de surdose (Quijano, 2016). Une recension de littérature portant sur des initiatives similaires de distribution de naloxone permet d'identifier des résultats liés à l'estime de soi, la responsabilité, l'autonomisation, la confiance et au rétablissement (Marshall,

Piat et al. 2017) Ces thèmes recoupent ceux identifiés par Leamy, Bird et al. (2011) pour le processus de rétablissement (à savoir : l'affiliation, l'espoir et l'optimisme, l'identité, le sens de la vie, l'autonomisation). L'analyse des entrevues réalisées avec six pairs formateurs et 43 participants ayant suivi la formation permet de dégager cinq thèmes en lien avec le rétablissement et trois thèmes portant sur des appréhensions associées à la participation.

Affiliation sociale

Ce thème a été évoqué par 96% des pairs rencontrés suite à leur expérience dans le cadre du projet PROFAN. Plusieurs notent des bénéfices sur le plan des relations interpersonnelles en termes de rencontres, de réseautage, de collaboration et d'opportunités professionnelles. Certains s'approprient leur rôle à travers la promotion de la formation et du programme.

« Là après ça j'ai réalisé que je n'étais pas tout seul dans mon petit monde. Puis c'est là que ça m'a rappelé 'Ah, c'est vrai j'ai eu mon cours, je peux arriver en tant que premier répondant' ».

« Ce n'est pas redonner aux mêmes gens qui m'ont donné par exemple. C'est redonner un peu ce que j'ai eu par d'autres gens. [...] redonner dans le milieu de la consommation un peu. »

« Plus qu'on se connaît puis qu'on a des bonnes expériences, plus que ça t'ouvre des portes. »

« J'essaie de les inciter à suivre la formation puis je réponds aussi à leurs questions concernant la naloxone. »

Changements dans la perception de soi

Plus de 90% des pairs interrogés rapportent avoir gagné de la confiance en soi, de la fierté ou de l'estime de soi suite à leur participation à PROFAN.

« L'estime de soi, oui. Ça augmente la confiance en soi. C'est une formation, tu te sens plus utile... Oui. Dans le sens d'aller dans le rétablissement. »

« Sur le coup, oui je me suis senti important [...]. Mais après ça, je me suis senti utile. Là je me suis dit bon, enfin j'ai de quoi que je vais être capable de me servir [...] »

Trouver un sens à sa vie et de l'espoir

Près de la moitié des pairs mentionne que la participation à PROFAN donne de l'espoir ou inspire à entreprendre des projets. Pour les participants formés, le fait que le cours soit donné par des pairs constitue une source d'inspiration. Pour leur part, certains pairs formateurs mentionnent avoir acquis des compétences pour enseigner ou parler en public. Certains poursuivent des objectifs académiques, professionnels ou d'engagement social et se montrent optimistes par rapport au futur. Ils disent se sentir confiants.

« Parce que je pensais déjà peut-être de vouloir devenir ambulancière, puis ça, ça a fait en sorte que [...] je pense que j'ai le sang-froid pour. »

« Mais en même temps je pense que je suis confiante puis je pense que j'ai quand même envie de continuer à m'impliquer. »

Autonomisation

Tous les pairs rencontrés évoquent des impacts liés à l'autonomisation. Près de 90% d'entre eux se sentent moins stressés, plus confiants, mieux outillés ou en contrôle pour faire face aux surdoses.

« *Le fait d'avoir une trousse sur moi fait en sorte que je sens que je peux faire de quoi quand ça arrive.* »

Environ 90% des pairs interrogés se sentent plus responsables en tant que membres de leur communauté ou perçoivent une opportunité d'aider autrui. La majorité fait la promotion du programme et transmet de l'information.

« *Depuis que j'ai fait la formation, ma responsabilité est de l'avoir avec moi [la trousse de naloxone], de l'avoir prête, pour l'administrer à quelqu'un.* »

« *Chaque occasion que j'ai un peu de transmettre les informations, j'essaie de les transmettre [...] Puis la première des choses, je les informe que j'ai la trousse au départ. Ça fait qu'il arrive n'importe quoi, 24 heures sur 24, tu connais mon adresse.* »

Plusieurs rapportent être maintenant perçus comme des membres compétents, responsables et valorisés de la société, et non comme des *junkies*. Trois pairs formateurs mentionnent être considérés comme des modèles et deux autres soulignent que leurs proches sont fiers d'eux.

« *Là dans le fond ils sont quasiment genre comme si tu étais un héros. Ils sont contents puis toi aussi tu es content parce que tu as vu la mort de proche puis finalement tu as sauvé ça.* »

« *[Ma mère] est fière parce qu'elle le sait que je suis capable de sauver peut-être des vies. Il n'y a pas grand monde qui peut se vanter de ça.* »

Les pairs formateurs ont le sentiment de pouvoir contribuer aux décisions liées à la formation PROFAN. La moitié d'entre eux évoque une prise de contrôle sur leur vie à travers des projets tels que l'achat d'une maison ou la recherche d'emploi.

« *[J]'ai décidé que je retournais à l'école puis que je ne voulais plus faire d'interventions, mais que je voulais continuer à militer dans le milieu, mais plus comme pair.* »

Changement des habitudes de consommation

Plus du tiers des pairs interrogés rapportent des changements dans leurs habitudes de consommation depuis leur participation à PROFAN. Certains disent avoir diminué la quantité et la fréquence de leurs consommations. D'autres sont devenus plus prudents.

« *Je suis plus prudente avec ce que j'utilise et les quantités. Les quantités que j'utilise sont plus petites et je consomme moins.* »

« *Ça m'a amené beaucoup d'informations que je ne connaissais pas ou que j'avais de manière erronée. [...] Une réflexion justement de faire attention au dosage, à la provenance de la drogue et tout.* »

Appréhensions associées à la participation à PROFAN

Certains évoquent le fardeau de la responsabilité, la peur d'intervenir et le regret de n'avoir pu intervenir dans le cadre de situations précédant la formation.

CONCLUSION

Outre les bénéfices pour les usagers qui reçoivent le support de pairs aidants, les activités d'intervention impliquant des pairs permettraient à ces derniers « d'endosser un nouveau rôle, d'acquiescer une expérience et d'être reconnus » (Bellot, Rivard et al. 2010). Elles favoriseraient ainsi l'atteinte de leurs propres objectifs de traitement en termes d'abstinence, d'emploi, de maintien en traitement et d'amélioration du réseau de soutien (Tracy, Burton et al. 2011). De même, les résultats de l'évaluation de PROFAN vont au-delà de la prévention des décès par surdose. En effet, des bénéfices ont été rapportés chez les pairs eux-mêmes, en lien avec leur rôle d'aidant. Ceci s'inscrit dans une perspective de rétablissement, allant même pour certains jusqu'à des changements dans leurs habitudes de consommation. Ce programme paraît donc prometteur dans un contexte de prévention des surdoses chez ceux qui suivent la formation et adoptent le rôle de pair aidant !

Bibliographie

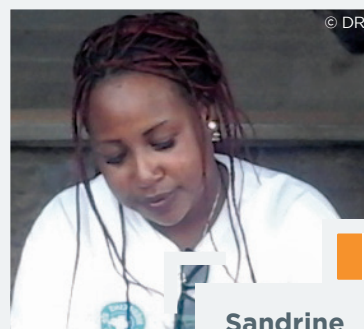
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4), pp. 11-23.
- Bassuk, E. L., J. Hanson, R. N. Greene, M. Richard et Laudet, A. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *J Subst Abuse Treat* 63, pp. 1-9.
- Bellot, C., J. Rivard et Greissler, É. (2010). L'intervention par les pairs: un outil pour soutenir la sortie de rue. *Criminologie* 43(1), pp. 28.
- Broadhead, R. S., D. D. Heckathorn, F. L. Altice, Y. van Hulst, M. Carbone, G. H. Friedland, P. G. O'Connor et Selwyn, P. A. (2002). Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Soc Sci Med* 55(2), pp. 235-246.
- Cyr, C., H. McKee, M. O'Hagan et Priest, R. (2016). *Le soutien par les pairs: une nécessité. Projet de soutien par les pairs de la Commission de la santé mentale du Canada*. C. d. l. s. m. d. Canada. Canada, 151 p.
- Davidson, L., M. Chinman, D. Sells et Rowe, M. (2006). EPeer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia Bulletin* 32(3), pp. 443-450.
- Deering, K. N., T. Kerr, M. W. Tyndall, J. S. Montaner, K. Gibson, L. Irons et Shannon, K. (2011). A peer-led mobile outreach program and increased utilization of detoxification and residential drug treatment among female sex workers who use drugs in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend* 113(1), pp. 46-54.
- Komaroff, J. et Perreault, M. (2013). Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants! *Drogues, santé et société* 12(1), pp. 41-56.
- Leamy, M., V. Bird, C. Le Boutillier, J. Williams et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 199(6), pp. 445-452.
- Marshall, C., M. Piat et Perreault, M. (2017). Exploring the psychological benefits and challenges experienced by peer-helpers participating in take-home naloxone programmes: A rapid review. *Drugs Educ Prev Pol*, pp. 1-12.
- Needle, R. H., Burrows, D. Friedmann, S. R., Dorabjee, J., Touzé, G., Badrieva, L., Grund, J. P. C., Kumar, M. S., Nigro, L., Manning, G., et Latkin, C. (2005). Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy* 16S, pp. S45-S57.
- Quijano, N. (2016). Programme PROFAN: un accès à la naloxone pour les usagers pairs. *Addiction(s): recherches et pratiques* 01, pp. 35-38.
- Tracy, K., M. Burton, C. Nich et Rounsaville, B. (2011). Utilizing peer mentorship to engage high recidivism substance-abusing patients in treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 37(6), pp. 525-531.
- White, W. L. (2010). Peer-based Addiction Recovery Support: History, Theory, Practice, and Scientific Evaluation Oregon, State of Oregon, Addictions and Mental Health Services.



Catherine Van Huyck
directrice de Modus Vivendi,
association coordinatrice des
« Boule de neige », Bruxelles
(Belgique)



Renaud Boulet
coordinateur du pro-
gramme de Réduction
des Risques, Médecins
du Monde, Abidjan
(Côte d'Ivoire)



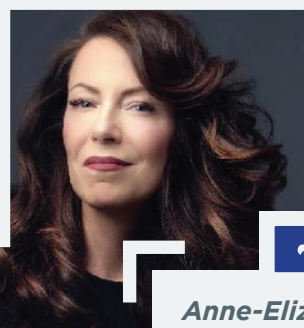
Sandrine
éducatrice pair, Médecins
du Monde, Abidjan
(Côte d'Ivoire)



Niels Weber
psychologue-psycho-
thérapeute, président de
« Gaming Federation »,
Lausanne (Suisse)



Jean-François Biron
coordinateur du comité régional
de prévention sur les jeux d'argent
et les dépendances, Direction régionale
de santé publique (DRSP) (Québec)



Anne-Elizabeth Lapointe
directrice générale - Prévention
du centre la Maison Jean Lapointe
(Québec)



LA PRÉVENTION PAR LES PAIRS DANS L'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

Natalie Castetz, journaliste

Dans les rues de Bruxelles ou dans les fumoirs d'Abidjan, dans les écoles de Montréal ou devant les écrans vidéo, l'usager devient partenaire de la prévention, avec son expérience, son expertise et ses compétences. Coups de projecteur sur quelques exemples.

En Belgique, ils s'appellent les « jobistes ». Le travail de ces usagers ou ex-usagers de drogues consiste à aller dans la rue, à la rencontre d'autres usagers, pour parler avec eux des risques liés au Sida, hépatites et autres maladies transmissibles, et les informer des manières de s'en protéger. Parmi ces opérations de proximité, les « Boule de neige » s'adressent à « un public marginalisé d'usagers de drogues qui n'ont, en général, que peu ou pas

de contacts avec les structures de soins et qui sont peu touchés par les campagnes de prévention destinées au grand public », explique Catherine Van Huyck, directrice de Modus Vivendi, association coordinatrice des « Boule de neige ». Transmis d'ami à ami, le message préventif suit le chemin emprunté par le virus : le public visé, d'abord bénéficiaire, devient « un relais puisque partenaire détenant un savoir et un savoir-faire basés sur l'expérience ».

« LA MOELLE ÉPINIÈRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES »

Coordonnées depuis une vingtaine d'années par Modus Vivendi, basée à Bruxelles, les opérations « Boule de neige » sont effectuées en partenariat avec une quinzaine d'associations à Charleroi, Liège, Namur, Mons... Après avoir participé à une formation qui comprend en moyenne sept séances, les jobistes établissent des contacts dans leur entourage proche et parrainent un futur jobiste. « *La participation de pairs est la moelle épinière de la réduction des risques* », insiste Catherine Van Huyck. Et ce, pour différentes raisons : « *Dans les groupes marginalisés, le pair est souvent la seule source d'information qui soit investie de quelque crédibilité.* » De par leur connaissance des produits et des pratiques de consommation, des pratiques à risques, « *ils font mieux et plus rapidement passer les messages* ».

Les jobistes interviennent également en milieu festif, pour l'accueil et l'information, la distribution de matériel d'information, de préservatifs, l'échange de seringues, etc. Ils sont invités à soumettre leurs suggestions d'amélioration lors des séances de débriefing organisées après chaque action, tout comme à communiquer leur expertise lors des « groupes Es Pairs » : ces rencontres permettent de « *croiser les savoirs, des professionnels et des usagers de drogue, qui deviennent acteurs des stratégies de prévention et de réduction des risques* », commente Catherine Van Huyck. Pris au sérieux, ils ont « *le sentiment d'être utiles et acteurs de changement* ». Les jobistes participent aussi à la rédaction de brochures, à des émissions de radio (Radio Panik)... Chaque année, ils sont plus d'une centaine à être engagés.

RECONNAISSANCE DES COMPÉTENCES

Plus compliquées à organiser et plus rares, des opérations « Boule de Neige » sont également menées auprès des détenus, financées par le ministère de la justice, au rythme de trois à quatre par an. Le principe reste le même : des détenus usagers ou ex-usagers de drogues sont recrutés, formés à des questions de santé (hépatites, VIH-SIDA, réduction des risques liés à l'usage des drogues...) et vont ensuite effectuer un travail de passation d'information auprès d'autres détenus. Si la finalité du jobisme n'est pas thérapeutique, il est considéré comme un travail pour lequel ils sont le plus souvent défrayés : « *la compensation pécuniaire s'entend comme une reconnaissance des compétences acquises et du travail effectué.* »

DANS LES FUMOIRS D'ABIDJAN

« *Ma présence est un témoignage : quand ils me voient, ils comprennent qu'ils peuvent eux aussi aller mieux.* » À Abidjan, en Côte d'Ivoire, Sandrine, 35 ans, consommait des drogues depuis près de quinze ans. Elle fréquentait les fumoirs, ces lieux souvent cachés où s'achètent et/ou se consomment héroïne, cocaïne ou crack, fumés avec des pipes artisanales. Elle y a connu la violence, les descentes de police, la maison d'arrêt, la perte d'un enfant, jusqu'au moment où elle a décidé d'arrêter et s'est engagée auprès de Médecins du Monde, dans le projet de Réduction des Risques auprès des usagers de drogues à Abidjan². Alors, à son tour, elle a voulu « *aider les autres à ne pas subir ce que j'ai subi dans ce milieu* ».

Sandrine est devenue « *éducatrice pair* » : formée et embauchée par Médecins du Monde, la jeune femme visite plusieurs fois par semaine les fumoirs pour repérer les personnes en détresse, les conseiller et surtout « *faciliter leur accès aux soins. On me connaît, alors le contact est facile et on m'écoute, surtout quand je m'adresse à une femme.* » Son message ? « *Consommer propre et se prendre en charge.* »

Dès la mise en place par Médecins du Monde du programme de Réduction des Risques, en 2015, « *nous avons voulu compter des communautaires dans notre équipe* », explique Renaud Boulet, coordinateur. Des personnes issues de la communauté des usagers de drogues avaient déjà été recrutées pour réaliser, en 2014, l'enquête bio-comportementale menée par Médecins du Monde sur la santé des usagers de drogues. Résultat, une meilleure connaissance des problèmes de santé des 8 à 10 000 usagers de drogues qui fréquentent les fumoirs d'Abidjan, de leurs modes de vie et de leurs habitudes de consommation. Ils sont affectés de façon disproportionnée par le VIH, les hépatites virales ainsi que par la tuberculose et la syphilis.

DEUX TYPES D'EXPERTISES

À côté du staff médical (médecin, infirmiers et pharmaciens), l'équipe terrain compte ainsi cinq personnes issues du monde de la drogue, qui mènent des actions de sensibilisation sur le terrain, dans les différents quartiers de la ville. Aujourd'hui, Médecins du Monde avance des résultats positifs : en un peu moins de trois ans, 12 000 usagers de drogues ont été sensibilisés et 1 688 ont fait l'objet d'une prise en charge médicale, près de 35 000 kits de prévention et autant de préservatifs ont été distribués. « *On constate des changements de comportement comme la diminution du partage du matériel de consommation* », note Renaud Boulet.

Cette approche de la réduction des risques est ici une « *petite révolution* », reconnaît-il : l'utilisateur était

plutôt considéré comme un délinquant stigmatisé par la société et à réprimer, et non pas comme une personne à qui il faut venir en aide. Mais les mentalités et les lois changent : deux centres de prise en charge devraient ouvrir en 2018, permettant notamment l'accès aux traitements de substitution, pour la première fois dans le pays. Pour Renaud Boulet, « *la rencontre de deux types d'expertises explique le succès de ce projet : les experts du terrain que sont les éducateurs pairs et les experts « universitaires », aucun d'entre eux ne pouvant travailler seul* ». Co-financé par l'Initiative 5%, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Agence Française de Développement et Médecins du Monde, le projet « Ya Pas Drap » devrait être reconduit pour 2018-2020.

DU CÔTÉ DU JEU VIDÉO, PROMOUVOIR UNE PRATIQUE « RESPONSABLE »

« *Le fait de jouer nous-mêmes nous fait gagner en crédibilité auprès des autres joueurs : nous connaissons les jeux, les pratiquons et comprenons l'importance qu'ils ont pour eux.* » Niels Weber est psychologue-psychothérapeute à Lausanne, mais aussi joueur. Et il préside *Gaming Federation*. Cette association de joueurs créée en 2013, qui compte aujourd'hui quelque 1 500 adhérents, se veut ludique et pédagogique³.

D'un côté, elle vise à donner de la visibilité au jeu vidéo : en regroupant les joueurs autour de leur passion, *Gaming Federation* organise des événements tels que des tournois, festivals, rencontres qui peuvent attirer plusieurs milliers de personnes. Elle soutient aussi les développeurs suisses indépendants, en les invitant à participer à ces événements publics.

D'un autre côté, *Gaming Federation* veut jouer un rôle d'information et de sensibilisation à « *une pratique responsable du jeu vidéo* », résume Niels Weber. L'association travaille avec les joueurs, souvent très jeunes, afin principalement de « *développer leur esprit critique et leur donner des ficelles de compréhension de ces médias* » : comment est créé et fonctionne un jeu vidéo, combien de personnes y travaillent, avec quels types de métiers... « *Nous les conduisons à réfléchir sur ce qui est si important pour eux et qui est plus gratifiant dans le virtuel que dans la réalité, sur les notions de limite, de norme et d'excès, sur le principe de la récompense et de la valorisation sur lequel s'appuie le jeu, ou encore sur les effets de mode de certains jeux...* » Et ce, sans message moralisateur.

UNE AUTRE IMAGE DU JOUEUR

Cette sensibilisation s'effectue principalement au cours des tournois, festivals : « *Le jeu vidéo est un média qui rassemble, crée du lien et permet donc de lancer des discussions avec les participants, ce qui est plus efficace avec les jeunes que des affiches et des brochures.* » Et c'est alors qu'une bonne connaissance des mécanismes des jeux est efficace : « *Les parents nous disent que leurs enfants reviennent de chez le pédiatre ou le psychologue sans les avoir écoutés mais en critiquant leur méconnaissance des jeux.* » Le message passe mieux avec les membres de l'association. Ces derniers interviennent aussi dans les écoles, foyers ou maisons de quartier de tous les cantons suisses, en organisant des ateliers, souvent à l'invitation des associations de parents.

Gaming Federation accompagne aussi les parents soucieux de la place qu'a prise, chez eux, cette pratique, en leur donnant des clés de décryptage et des pistes d'interventions. Eux-mêmes sont rassurés : « *Nous donnons une autre image du joueur, ce qui les aide à dédramatiser.* » Et si l'association travaille sur un projet de brochure à l'attention des parents, « *demandeurs d'informations* », elle invente des façons plus ludiques de sensibiliser les jeunes. Ainsi, sur un stand, un atelier propose un jeu vidéo durant lequel on filme et on mesure le rythme cardiaque du joueur. L'analyse des résultats permet au joueur de prendre conscience de son niveau de stress, de peur ou d'anxiété.

EN MILIEU SCOLAIRE, DES ADOS PARLENT AUX ADOS

Une autre expérience est celle d'« Apte de Groupe », menée au Québec. Cette initiative s'inscrit dans le programme national de stratégie intégrée de prévention des toxicomanies chez les adolescents, mis en place depuis dix ans par le Centre québécois de lutte aux dépendances⁴. Le principe : des ateliers sont animés en milieu scolaire, dans les classes de secondaire, par des intervenants de l'école mais aussi par des « pairs aidants formateurs ». Des jeunes, volontaires et bénévoles, sont « *formés pour pouvoir animer ces ateliers, dans les classes de leur propre école, et répondre aux questions portant sur la consommation d'alcool et de drogue* », précise Anne-Elizabeth Lapointe, directrice générale - Prévention du centre la Maison Jean Lapointe, organisateur, basé à Montréal.

Leur âge, entre 15 et 17 ans, leur donne « *une certaine crédibilité auprès de leurs camarades de classe* ». Les qualités naturelles des volontaires sont « *la compassion, l'empathie, l'ouverture d'esprit envers les autres et la capacité à s'exprimer* ».

² www.medecinsdumonde.org/fr/pays/afrique/cote-divoire

³ <http://gamingfederation.ch/>

⁴ www.cqld.ca

Après avoir reçu une formation, durant trois jours, ces jeunes qui ont peut-être consommé mais pour qui la consommation n'est pas problématique, sont « aptes » à former leurs pairs, en présence d'un intervenant scolaire. Durant un an, voire deux, ils animent ces ateliers interactifs, durant environ 60 minutes, sur cinq sujets : les amis, la famille, l'école (ou le milieu de vie), la communauté et les médias. Les ateliers qui s'adaptent aux profils des classes -consommateurs de façon occasionnelle, régulière ou non-, visent à « développer le jugement critique » vis-à-vis de la consommation d'alcool, de cannabis et autres drogues.

DE NOMBREUX CANDIDATS

Aujourd'hui, 140 jeunes sont « pairs aidants formateurs », soit une quinzaine par école. « Il y a beaucoup de candidats, se réjouit Anne-Elizabeth Lapointe. Formés à toutes sortes de problématiques, ils deviennent aussi les pairs aidants de leur milieu », reconnaissables à leur T-shirt coloré, enfilé certains jours pour montrer leur disponibilité. Et les évaluations de cette initiative réalisées par questionnaires en montrent tous ses bénéfices : « *qu'un jeune parle à un autre jeune est plus efficace que lorsqu'il s'agit d'un adulte.* » Ces questionnaires montrent que leurs croyances, leurs connaissances et leur comportement changent. Le programme séduit : une dizaine d'écoles l'ont adopté en 2017, contre une seule encore en 2014, concernant près de 225 jeunes.

« BIEN JOUÉ », DES JEUNES PAIRS AIDANTS DANS LES QUARTIERS DE MONTRÉAL

La pratique des jeux de hasard et d'argent est devenue problématique dans les années 2000 à Montréal : « *des études ont montré qu'environ 60 % des jeunes s'adonnaient à des jeux de loterie que l'on trouve dans le points de vente, de dés, de cartes ou aux paris sportifs*, raconte Jean-François Biron, coordinateur du Comité régional de prévention sur les jeux d'argent et les dépendances, au sein de la Direction régionale de santé publique (DRSP). Suite à une période d'expérimentation, la DRSP a évalué, puis subventionné et coordonné différentes initiatives de prévention auprès des jeunes, comme le programme de sensibilisation et d'information aux risques « Bien Joué », développé par l'organisme *Coup de pouce Jeunesse* de Montréal Nord. Ainsi le guide d'activités « Bien joué ! », reconnu, a été financé et mis à jour pour « *le rendre accessible à tous* »⁵.

Les activités proposées par ce guide visent la « *sensibilisation et la prévention des risques associés aux jeux d'argent auprès des adolescents* ». À l'appui, des interventions scolaires animées par d'autres jeunes, les pairs aidants : « *la notion de Pairs aidants se réfère au groupe d'âge. Ainsi, des adolescents sont formés et outillés pour transmettre des connaissances et sensibiliser leurs pairs adolescents* », explique l'association *Coup de pouce Jeunesse*. Ils sont recrutés dans les écoles secondaires du territoire couvert par l'organisme *Coup de pouce Jeunesse*, élèves scolarisés en 3^e, 4^e et 5^e secondaire. Les jeunes intéressés participent à un processus de sélection avec « *des critères très larges*, précise l'association. *Nous attribuons une attention particulière au respect, à la motivation et à l'ouverture d'esprit. De plus, nous ne discréditons jamais les jeunes ayant un parcours particulier ou ayant un dossier scolaire médiocre. Peu importe leur histoire, s'ils sont respectueux, motivés et prêts à apprendre, ce sont des pairs aidants potentiels. Certains jeunes nous sont référés par les professionnels des écoles.* »

BEAUCOUP DE FIERTÉ

Les motivations des jeunes bénévoles, en activité une heure par semaine durant toute l'année scolaire ? « *Ils sont témoins de la pauvreté, du décrochage scolaire et de comportements délinquants dans leur environnement et plusieurs sont motivés par les possibilités de participer au mieux-être de leur communauté. Cependant, les raisons de s'impliquer sont variables ; certains sont en contact avec des individus aux prises avec des dépendances et ils désirent faire une différence dans leurs vies. D'autres ont le désir d'en connaître plus sur le sujet ou simplement avoir du plaisir...* ». Et, selon l'association, les jeunes pairs aidants retirent « *beaucoup de fierté de la possibilité d'être des agents de changement dans leur communauté* ».

Pour Jean-François Biron, « *les jeunes se reconnaissent davantage dans les discours d'autres jeunes que dans ceux d'un adulte qui essaye de s'adapter plus ou moins adroitement et ceux qui s'intègrent dans ces programmes en sortent grandis* ». Et les chiffres sont encourageants : le pourcentage des joueurs est ainsi passé de 50 à 25 % entre 2004 et 2013. « *Même si ce succès ne peut être totalement attribué aux actions de prévention, elles jouent un rôle capital.* »



Fred Bladou
chargé de mission
« Drogues et Prison »
à Aides

1 « Forgé au sein de la communauté gaie anglo-saxonne, le mot « chemsex » (prononcer : [kem. seks]), que l'on peut traduire en français par « sexe sous produits », est construit à partir des mots « Sex » et « Chemicals »/« Chems », utilisés en anglais courant pour parler des drogues illécitables. Il signifie littéralement l'utilisation de produits psychoactifs en contexte sexuel. » Définition extraite du Livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[le]s de santé publié par le Respadd en 2016

CHEMSEX¹ : VERS UNE PALETTE D'OUTILS DE PRÉVENTION, DE RÉDUCTION DES RISQUES ET UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE RENOUVELÉE

L'émergence de nouvelles pratiques sexuelles accompagnées de produits psychoactifs chez les gays a impacté radicalement nos modes d'interventions. Face aux nouveaux enjeux que ce phénomène entraîne, les militant-e-s de l'association Aides, engagée-e-s sur des actions plus classiques de réduction des risques (RDR), telles que l'échange de seringues et de petits matériels et le dépistage du VIH et du VHC, ou sur des actions de prévention comportementale, comme la réduction des risques sexuels et des outils de prévention comportementaux ou bio-médicalisés, ont dû revoir les bases de leurs interventions.

LA NÉCESSITÉ D'UNE PRÉVENTION COMBINÉE

La scission historique entre sexe et drogues devenait parfaitement obsolète, puisque les risques de transmission sexuels et liés aux consommations étaient potentiellement équivalents et particulièrement difficiles à attribuer à une pratique ou une autre dans ce contexte de consommation nouveau. Il nous fallait donc apporter des réponses spécifiques aux comportements, nouvelles consommations, dont l'injection à visée sexuelle par des publics profanes.

Ainsi, le paradigme nouveau, construit à partir des spécificités des *chemsexeurs* est bien celui d'une offre de prévention sexuelle et de réduction des risques drogues combinées.

LA CONSOMMATION DE DROGUES

Au départ, nous aurions pu considérer que la mise en place d'outils adaptés aux besoins des usagers allait permettre de réduire les mauvaises pratiques liées à la consommation, les contaminations à VIH et Hépatites, les IST. Toutefois, nous avons observé que pour bien des *sexuels*, l'entrée dans le produit psychoactif se faisait par le biais du *chemsex* sans connaissance préalable des produits psychoactifs ou de la réduction des risques. Ce constat montrait

d'abord une maîtrise partielle des outils de réduction des risques par ces mêmes consommateurs. Différentes caractéristiques sont spécifiques au *chemsex* : la polyconsommation, les nouveaux produits associés aux pratiques, la gamme de produits consommés très large et surtout les modes de consommation multiples, comme l'inhalation (crystal meth), la snif (cathinones, cocaïne, kétamine, MDMA), l'injection (crystal meth, cocaïne, cathinones, kétamine) et l'ingestion (parachutes, GHB/GBL). Ceci explique que ces groupes soient particulièrement vulnérables aux VIH et hépatites. Nos militants ont donc dû accompagner, informer, éduquer les nouveaux consommateurs en déployant d'autres outils innovants en plus de la palette existante.

L'usage de produits par injection, pouvant entraîner une modification du désir et des comportements plus désinhibés, est un facteur aggravant de prise de risque et de contamination, d'autant plus si l'on considère que la consommation de substances entraîne une modification ou une diminution du comportement préventif. Ainsi, l'offre d'accompagnement à l'injection s'est imposée comme une priorité pour réduire les effets délétères des mauvais usages (notamment sur le réseau veineux).

LES COMPORTEMENTS SEXUELS

Les gays *chemsexeurs* sont un groupe particulièrement vulnérable aux VIH et VHC dans une com-

2 La Chromatographie sur Couche Mince (CCM) est l'une des techniques d'analyse de substance psychoactive les plus simples : elle utilise le principe de la migration par capillarité (comme sur un papier buvard) d'un composant sur un support grâce à sa solubilité dans le solvant choisi. Ensuite, par comparaison avec des composants « réputés purs » de référence, il est possible de déterminer la nature des espèces chimiques isolées. L'analyse et l'obtention des résultats prennent environ une heure. La CCM ne donne en revanche aucune indication quantitative sur la composition du produit.

3 Prophylaxie pré-exposition

4 *Treatment as prevention*

munauté à forte prévalence, une grande majorité des *chemsexuels* multiplie les partenaires sexuels et les sessions longues. Ces derniers ont aussi des pratiques à haut potentiel de risques de transmission telles que la pénétration anale et les pratiques dites « hard ».

La prévention comportementale, basée sur l'usage du préservatif masculin, ne saurait être le seul discours pouvant permettre la baisse du nombre de nouvelles contaminations. Nous avons donc dû adapter les outils de réduction des risques : matériel d'injection stérile, kit sniff à usage unique, matériel d'inhalation, kit plug anal... à partir de l'analyse des pratiques et des besoins exprimés par les *chemsexuels*. Nous avons déployé l'analyse de produits par chromatographie sur couche mince (CCM)² afin de proposer un outil performant pour évaluer le nombre de produits en circulation, les effets souhaités ou indésirables pour chaque produit, les quantités à consommer...

Enfin, nos militants sont aussi formés aux techniques de dépistages rapides communautaires, à l'entretien ciblé de RDR/RDR sexuelle combinées à l'accompagnement PrEP³, à promouvoir le TASP⁴.

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE POUR LUTTER CONTRE LA PEUR DU JUGEMENT ET L'ISOLEMENT

Les *chemsexuels* peuvent exprimer de grandes difficultés à parler de leurs pratiques par peur du jugement des professionnels de santé, des gays non usagers ou de leur environnement professionnel. L'exclusion est une donnée négative à intégrer de manière prioritaire. Par ailleurs, même si l'on parle de sexualité en groupe, de communautés d'usagers, un sentiment de solitude et d'isolement est majoritairement ressenti par les personnes.

C'est bien là que les groupes d'auto-support pour les gays *chemsexuels* animés par des militants de AIDES trouvent un sens. Cette approche communautaire réduit considérablement cette crainte d'être jugé ou incompris sur ses pratiques. AIDES permet, au travers d'une dizaine d'actions dédiées, d'offrir un espace d'écoute sécurisé et bienveillant, de renouer une certaine forme de lien social entre pairs. Ces temps d'échanges sont des espaces de liberté et des sources d'information. Les militants de l'organisation sont en capacité de répondre à toutes les questions relatives aux préventions, à la réduction des risques, aux dépistages rapides communautaires, à l'accompagnement à l'injection. Ils sont sensibilisés aux sexualités, pratiques sexuelles et risques attendants. Parmi nos objectifs de renforcement des compétences, nous développons maintenant des techniques d'entretien construites à partir des pratiques des *sexuels* afin de détecter précocement d'éventuelles souffrances exprimées ou ressenties, et de pouvoir les diriger vers un service en santé approprié.

COMPLÉTER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE

Enfin, même si les groupes d'usagers apportent des réponses pragmatiques à des besoins divers exprimés par leurs pairs, le soutien de militants spécialement formés sur l'ensemble de la prise en charge globale est indispensable. Face aux demandes de suivi, de soutien psychologique d'usagers, il nous a semblé pertinent de considérer de nouveaux partenariats avec des experts identifiés et reconnus pour leur connaissance du chemsex et de ses bonnes pratiques.

Aides aujourd'hui complète son offre innovante d'outils combinés de réduction des risques en intégrant dans les murs des professionnels (médecins, psychologues ou psychiatres, addictologues) lors de groupes collectifs ou en vue de mener des entretiens individuels. C'est une stratégie totalement nouvelle pour l'organisation, qui repose sur une prise en charge complète et la prévention positive.

Aides a développé des actions spécifiques dans une dizaine de villes (Paris, Lyon, Marseille, Annemasse, Bordeaux, Montpellier, Nantes, Nîmes...). Ces temps dédiés à ces publics permettent d'animer des ateliers d'auto-support, de tester les produits, de parler de réduction des risques et de bonnes pratiques, de recréer du lien, de réaliser des dépistages, de construire avec les usagers des préventions efficaces en accord avec leurs pratiques. Des actions de prévention et de réduction des risques en *outreach* sont également menées dans des lieux privés de consommation sexuelle.

Nous avons augmenté notre offre en mettant en place le premier dispositif complet d'urgences Chemsex. Ce dispositif, via des médias identifiés comme très utilisés par les *sexuels* (What's app, Facebook, téléphone), propose une écoute sur certains créneaux horaires pour les usagers en difficulté (risques de contamination, questions sur un produit psychoactif, effets délétères, problèmes de santé...). Les militants qui animent ces différents médias sont formés très largement à toutes les techniques évoquées ici.

EN CONCLUSION

Face à ces nouvelles pratiques de consommation, aux nouveaux produits, à l'augmentation potentielle du nombre de contaminations à VIH sida et hépatites, il convient d'apporter une réponse stratégique et concertée entre les acteurs de la prévention, de la réduction des risques, les médecins infectiologues et hépatologues, les centres de santé communautaires et enfin, les professionnels de la psychiatrie et de l'addictologie.

Ces groupes plutôt très discrets, évoluant souvent dans des espaces totalement privés et organisant leur sexualité via les sites de rencontres gay sur Internet, souffrent d'une certaine invisibilité. Il leur faut contourner un contexte légal très défavorable, le stigma, le jugement. Une offre communautaire, des échanges *peer to peer* offrent un moyen de recréer du lien social et des réponses pragmatiques aux besoins.

Le *chemsex* est une réponse partielle à une société anxigène, qui exige de groupes minoritaires une certaine performance. La « faiblesse », le sentiment d'infériorité sont des éléments anxigènes qui peuvent favoriser le recours aux produits psychoactifs. Face au déferlement d'articles ou de réactions sécuritaires contreproductifs, il nous faut nous organiser afin de prévenir les effets les plus délétères d'une consommation non maîtrisée et offrir un cadre sécurisant aux usagers.



Harald Klingemann
sociologue

AUTOGUÉRISON ET SPIRITUALITÉ

Le sociologue Harald Klingemann s'est intéressé à ces personnes présentant des conduites addictives qu'on ne voit jamais dans les salles d'attente des médecins, et qui rapportent pourtant des expériences réussies de sortie de l'addiction et de ses souffrances. Convaincu que la solution aux problèmes de dépendance ne relève pas exclusivement des thérapeutes confirmés et de leurs méthodes, il a contacté et interrogé ces usagers, recueilli leur histoire et recensé de nombreux outils de ce qu'il nomme « l'autoguérison », comme voie complémentaire aux accompagnements traditionnels. **Addiction(s) : recherches et pratiques** publie en exclusivité ci-dessous un extrait enrichi et actualisé de son ouvrage « L'autoguérison au quotidien. Alcool, drogue, tabac, jeu, troubles alimentaires – Stratégies pour changer son parcours de vie », paru en 2014 aux éditions Favre. Dans ce texte, il évoque le rôle fréquent et important de la spiritualité dans les processus d'autoguérison.

En mars 2008, le magazine de la presse réformée ANNEX a procédé à un sondage pour mettre en évidence le rapport des Suisses, hommes et femmes, à la spiritualité. Un gros tiers (39%) des personnes interrogées considéraient que la spiritualité jouait dans leur vie un rôle « important » ou « très important »¹ ! Les résultats du programme de recherche national « Communautés religieuses en Suisse » vont d'ailleurs dans le même sens. Ici aussi, il s'avère que la croyance en une force ou une énergie supérieure est largement répandue, ainsi que la pratique de différentes techniques de yoga².

La situation est similaire en Allemagne : alors que les références religieuses ont tendance à perdre du terrain dans la population³, beaucoup de personnes accordent une importance cruciale à la pratique spirituelle et à la quête de sens. Ainsi, l'*Identity-Foundation*, une fondation de bienfaisance en philosophie dont le siège se trouve à Düsseldorf, a mené en 2011, avec le soutien du groupe d'étude de marché GfK, une étude représentative sur la compréhension de la philosophie chez les Allemands. Celle-ci a démontré que près de 25% des Allemands trouvent dans la pratique spirituelle les bases de la sagesse et d'une vie satisfai-

sante⁴. Selon une enquête sur le thème « méditation et pleine conscience », menée en 2016 également par le groupe GfK, 26% des personnes interrogées ont trouvé l'expérience souvent ou parfois pertinente⁵.

Comme de notre côté, nous avons découvert que la quête d'un sens à la vie est un ressort du processus d'autoguérison, il semble tout à fait plausible que la conversion à des valeurs religieuses ou spirituelles, ou la redécouverte de ces mêmes valeurs, soit d'une grande aide dans ces moments. Cela ressortait du reste clairement de certains entretiens que nous avons avec nos interlocuteurs, à qui des instants de « révélation » religieuse et spirituelle avaient montré la voie. M. S., une personne alcoolique autoguérie, désignait cela d'une formule frappante, en parlant de l'ange de la sobriété apparu dans sa vie : « *mon amie anime des séances de méditation, c'est son métier principal. Et par son intermédiaire, j'ai découvert la culture indienne, le bouddhisme, le yoga. Elle a intégré tout ça à un point dont je suis encore loin ; c'est une sorte de méditation quotidienne telle que peut-être seules les femmes peuvent la pratiquer. D'abord j'ai trouvé tout ça étrange, et même suspect. J'ai demandé un congé à mon école.*

¹ Dettwiler, M. (2008). Repräsentative Umfrage zur Spiritualität (Enquête représentative sur la spiritualité NdT). Annexe dans *Das Magazin der Reformierten Presse*, p.10-12.

² Bochsinger, D. (Herausgeber) (2012) Religionen, Staat und Gesellschaft. *Die Schweiz zwischen Säkularisierung und religiöser Vielfalt. (Religions, État et société. La Suisse entre laïcité et diversité religieuse NdT)*. Zürich: NZZ Libro.

³ Umfrage: Religion hat für Deutsche kaum noch Bedeutung (Enquête : la religion n'a presque plus d'importance pour les Allemands). *Der Westen* [en ligne], 28 octobre 2015. www.derwesten.de

⁴ Spirituelle Themen spielen für 40 Prozent der Deutschen im Alltag eine Rolle (Les thèmes spirituels jouent un rôle dans la vie quotidienne de 40% des Allemands). *HorizonWorld* [en ligne]. (page consultée le 24 août 2017) <https://www.horizonworld.de/spirituelle-themen-spielen-fuer-40-prozent-der-deutschen-im-alltag-eine-rolle/>

⁵ Pour l'enquête „méditation et pleine conscience“, le GfK a interrogé un échantillon représentatif de 1000 hommes et femmes âgés de plus de 14 ans sur ordre d'un congrès „Méditation et connaissance“ qui s'est déroulé en septembre 2016.

6 Collins, M. (2006). Religiosity and spirituality as possible recovery variables in treated and natural recoveries: A qualitative study. *Alcohol Treat Q*, 24(4), 119-35.
 Morjaria-Keval, A. (2006). Religious and spiritual elements of change in Sikh men with alcohol problems: a qualitative exploration. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 5(2), 91-118.
 Matzger H, Kaskutas LA, & Weisner C. (2005). Reasons for drinking less and their relationship to sustained remission from problem drinking. *Addiction*, 100(11), 1637-46.

7 La religion sikh, ou sikhisme, est un monothéisme né au XVe siècle à partir de l'enseignement du prêcheur itinérant Guru Nanak. Ce mouvement de réforme lancé au Pendjab (nord de l'Inde) compte aujourd'hui 23 millions d'adeptes, vivant en Inde pour la plupart.

Mon amie m'a aidé. J'ai pu obtenir trois mois de pause ; à cette époque j'étais en plein divorce, et en conflit avec un collègue. C'est au cours de ce congé que j'ai pu atteindre la spiritualité que vit mon amie. C'est là que ça a commencé. L'ange m'a touché de sa grâce. C'était comme un fluide qui passait sur moi, c'est pour ça que je pense à un ange (...). Un jour, alors que je m'étais mis à mon journal de bord, quelque chose est passé dans la pièce, quelque chose de puissant, une présence qui s'est fait sentir pendant trente secondes. Et cette présence disait : « ça va aller, tu peux t'en sortir sans boire. » Et j'ai accepté cette révélation sans aucune difficulté.

C'est l'ange qui m'a aidé. Pourtant je suis quelqu'un de rationnel, mais je ne me suis pas imaginé les choses. Maintenant, il est là. Peut-être que je lui ai envoyé des pensées, comme on le fait pour un ami. Il revenait me voir une ou deux fois par semaine. Trois fois j'ai même pu le voir directement. Il était habillé en marron, c'était un homme. Une fois j'ai même vu son visage, juste un instant. Un visage calme, paisible ; le visage de quelqu'un qui te demande comment tu vas. Ce qui est curieux, c'est que je l'ai laissé partir. J'ai rencontré un de mes élèves en ville. Quelqu'un de génial pour l'écriture, pour la musique. Il était bourré. Alors j'ai dit à mon ange : "en voilà un autre, va le voir, lui aussi" (...). L'ange de la sobriété, c'est comme un lever de soleil, un ami qu'on chérit, c'est quelqu'un qui est loin, mais qui existe (...).

Un autre autoguéri, ex-héroïnoman, témoigne lui aussi d'une expérience du même genre, quoique portant une teinte plus chrétienne et moins marquée spirituellement : « L'aspect religieux est très important. Je remarque que ce ne sont pas les gens qui m'aident, mais d'autres choses, les interrogations profondes, les questions sur Dieu qui nous agitaient beaucoup dans notre bande. J'ai été déserté par mon copain G., qui s'est mis tout à coup à se promener avec sa Bible. Avant ça, il prenait du LSD. Mais il y a eu un événement déclencheur, parce qu'il doit y avoir un Dieu qui ne nous laisse pas tomber. Moi aussi je me suis mis à lire la Bible. J'étais souvent déçu, parce que G. ne me donnait pas de recettes. Et ça s'est fait en une nuit. J'ai jeté ma pousse, j'ai senti comme une force en moi, et la fin du manque. Les junkies continuaient de venir chez moi, c'était un vrai rendez-vous de drogués. Mais je me sentais incroyablement fort. Le temps passant, ils ont arrêté de venir chez moi. J'ai modifié tout mon environnement (ma maison), et j'ai pris d'autres chemins. Un nouveau groupe est né, avec d'autres centres d'intérêt. Avec une impression d'appartenance intérieure. M., un prêtre, est devenu très important pour moi, il l'est encore aujourd'hui, et le groupe existe encore aujourd'hui, lui aussi. C'est ce M. qui nous a donné ce très fort sentiment d'appartenance. »

L'importance du soutien de gens qui sont proches de vous et qui partagent votre foi, lorsqu'il s'agit de prendre une décision qui va bouleverser votre vie, est décrite de manière impressionnante par cette ex-alcoolique qui, après de longues années de dépendance, est amenée par un ami missionnaire dans un groupe de prière : « ces gens m'ont libérée du jour au lendemain... nous vivions tous dans la foi du Christ... ils ont tous prié pour moi, pour que je me libère de cette soumission à l'alcool. » Les groupes d'entraide qui, comme les Alcooliques Anonymes, croient en l'existence d'une « puissance supérieure » peuvent jouer un rôle très important ici aussi.

Grâce à d'autres études⁶, nous savons qu'il ne s'agit pas de cas particuliers, mais que, bien au contraire, la « religiosité » et la « spiritualité » disposent, en toute légitimité, d'une place « à part » dans la boîte à outils de l'autoguérison. La croyance et la pratique religieuse ou spirituelle peut être un secours et avoir un effet protecteur, s'il s'agit de christianisme ou d'autres affinités culturelles. Nous avons encore l'exemple d'une étude menée auprès d'hommes de la communauté sikh⁷, qui montre l'importance de l'orientation religieuse pour des gens qui veulent échapper à l'emprise de l'alcool.

Mais attention. Il ne s'agit pas d'une recette valable pour tout un chacun, et ce n'est en aucun cas un encouragement à adhérer à une quelconque secte ; dans tous les cas, il est essentiel de bien lire ce qui est écrit « en petits caractères » ! Ce qui se passe aux États-Unis, où les programmes de réhabilitation de toxicomanes sont presque systématiquement menés par des communautés de croyants, montre assez clairement avec quelle facilité une dépendance peut en remplacer une autre.

Cela provoque de la résistance, et à juste titre. C'est ainsi qu'en octobre 2014, un athée américain s'est vu attribué un million de dollars en dommages et intérêts parce que les Alcooliques Anonymes l'avait poussé à faire une cure de désintoxication contre sa volonté. Le journal *Neue Zürcher Zeitung* rapporte dans son édition du 24 octobre 2014 qu'on a fait pression sur lui pour qu'il se conforme à la notion d'un « être supérieur ». Il est donc toujours important de vérifier si ce type d'aide en autoguérison correspond aux besoins et attentes de la personne. Car cela peut parfois impliquer un changement de regard sur le monde et de style de vie.

Encore une fois, nous insistons sur le fait que de nombreux chemins existent pour sortir de la toxicomanie, mais que certains de ces chemins sont aussi parsemés d'embûches !

>> Klingemann H. (2014), *L'autoguérison au quotidien. Alcool, drogue, tabac, jeu, troubles alimentaires - Stratégies pour changer son parcours de vie*. Lausanne : Editions Favre, 144 pages.

www.editionsfavre.com





Didier De Vleeschouwer

sociologue, coordinateur du Réseau Kirikou¹ qui développe une politique de santé mentale enfants-adolescents en Province de Namur et co-fondateur du mouvement Citoyens Comme Les Autres (Belgique)

¹ www.reseau-sante-kirikou.be

² De Vleeschouwer, D. (2017). À l'âge de 20 ans, la Réduction des risques (RDR) est-elle en crise ? *Prospective jeunesse drogues*, (n° 77-78), pp. 11-14

USAGERS DE DROGUES : LA STIGMATISATION DÉVASTATRICE

Pascale Hensgens, Coordinatrice de projets, FEDITO Wallonne

Acteur et observateur privilégié de l'évolution en Belgique de la place des « toxicomanes » en tant que citoyens depuis 1990, Didier De Vleeschouwer nous livre ses réflexions et questionnements.

ARP : CETTE VISION « USAGERS-CITOYENS ACTEURS », VOUS ÊTES TOMBÉ DEDANS TRÈS VITE ?

Didier De Vleeschouwer : Au début des années 1990, je suis intervenu dans un colloque en tant que citoyen-usager pour développer un exposé sur la déconstruction de la stigmatisation des usagers de drogues illégales. Ceci m'a permis de rencontrer d'autres personnes de la société civile et militante désireuses d'agir concrètement pour défendre les droits et l'accès aux soins des « toxicomanes ». En 1991, je deviens l'un des fondateurs du mouvement « Citoyens Comme Les Autres » (CCLA). Rappelez-vous, nous sommes en pleine pandémie du VIH, un contexte « favorable » pour CCLA de militer aux côtés de la Ligue des droits de l'homme et d'Act-Up. Militer, et surtout mettre en place une action concrète en occupant un « créneau » que les professionnels soignants ne souhaitaient pas investiguer vu le contexte légal insécurisant pour assurer leur mission et engager leur responsabilité. Il fallait effectivement du courage ! En prenant des risques, nous avons réussi à imposer notre légitimité et créer ainsi le premier comptoir d'échanges de seringues à Bruxelles. CCLA, groupe d'auto-support à visée politique,

a été à l'initiative des prémices de la réduction des risques (RDR) en Belgique. Son premier financement public, le mouvement participatif l'a obtenu de la ministre fédérale de la santé de l'époque, sensibilisée à notre action. Par la suite et pendant dix années, CCLA a obtenu un agrément provisoire comme service spécialisé bruxellois. Il a pu mener son combat sans avoir servi d'alibi ni être instrumentalisé par les autorités politiques ou par les professionnels spécialisés. C'est essentiel !

ARP : QUELLE A ÉTÉ L'ÉVOLUTION DE CCLA ?

Didier De Vleeschouwer : Je suis devenu en 1995 membre fondateur de Modus Vivendi (association active dans la RDR), et en 1996 membre fondateur de Dune (association active dans le travail de rue et la RDR). J'ai participé aux côtés d'autres intervenants à la « destitution de l'idéal toxicomaniaque d'une vie sans drogues, sans dépendances, sans autre alternative humaine... »². Mais après dix années de militance d'un dispositif autogéré par les usagers, CCLA n'a pas survécu à des difficultés, entre autres financières. Je pense que ce modèle aurait pu perdurer s'il s'était adapté. En effet, si « l'expertise » d'usagers de drogues est tout à fait légitime pour occuper une place dans un

3 Ibid.

4 Analyse de produits

5 Prévention, soins, réduction des risques et répression

6 En Belgique, le terme « assuétudes » est souvent employé pour désigner les dépendances.

7 Une maison d'accueil belge est l'équivalent d'un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) résidentiel français.

collectif d'auto-support et asseoir la gouvernance de ce collectif, la mise en œuvre de certaines actions, dans notre cas l'échange de seringues, ne pouvait pas se passer de compétences professionnelles. Celles-ci ne sont pas aux seules mains des usagers. Dans le cas de CCLA, la mise en œuvre concrète et opérationnelle du dispositif d'échange de seringues aurait pu mieux prendre en compte les compétences des professionnels. Je ne regrette pourtant rien : nous avons été

les précurseurs de dispositifs qui, aujourd'hui, ont leur pleine légitimité. En constatant cela, je reste persuadé qu'il existe des modèles nécessairement évolutifs pour des associations d'usagers de drogues plus durables. Pour ne pas les dénaturer, il me paraît indispensable que la gouvernance stratégique du collectif reste aux mains des usagers.

ARP : IL SEMBLE AUJOURD'HUI DIFFICILE POUR LES USAGERS DE DROGUES DE SE MOBILISER ET DE MILITER AFIN D'AVOIR UNE PLACE EN TANT QUE CITOYEN. COMMENT L'EXPLIQUER ?

Didier De Vleeschouwer : Il y a plusieurs hypothèses, probablement interdépendantes. Tout d'abord, le contexte actuel n'est plus celui des années 1990. L'urgence socio-sanitaire n'a plus la même ampleur et l'usage problématique des drogues ne constitue plus une priorité. Par ailleurs, *« les effets du néo-libéralisme ont fini par avoir raison de l'Etat-providence. Ils nous ont fragmentés, dualisés, précarisés, autonomisés en réussissant à maintenir la révolte en sourdine »*³. Ensuite, tout au long de ces 25 dernières années, les pratiques ont évolué dans le champ du soin et de la RDR. Il y a beaucoup moins de « tensions » entre les dispositifs bas seuil et haut seuil. La plupart des usagers arrivent à s'y retrouver dans l'offre globale. Et ils peuvent avoir une certaine place d'acteur tant dans le modèle de soin basé sur l'abstinence que dans le modèle participatif soutenu par la RDR. Mais il persiste des actions à mener où la militance des usagers pourrait faire avancer les pratiques et participer à un changement des mentalités. Je pense notamment aux salles de consommation à moindre risque, au *testing*⁴ ou à la gouvernance d'une politique des drogues fondée sur les quatre piliers⁵. Et cela m'amène à une autre hypothèse aux effets délétères : celle de la fragilité de l'usager de drogues, qui le rend à la fois vulnérable sur le plan individuel mais également sur le plan collectif parce qu'il s'affiche comme citoyen dans l'illégalité. Le contexte prohibitionniste ne facilite pas la prise de parole et les actions publiques. Le problème de la légalité et de l'illégalité est à la fois un fait réel et un leurre qui opère sur la stigmatisation et l'exclusion de la personne. Cette illégalité produit des effets destructeurs en termes de réhabilitation. Le « toxicomane » est durablement considéré comme un délinquant et un manipulateur. Or para-

doxalement, c'est le système qui produit l'étiquette qui lui colle à la peau et devient à son tour manipulateur. L'usager est donc coincé psychiquement dans ce silo paradoxal. S'engager dans un mouvement d'auto-support comporte de réels risques y compris pénaux. Enfin, une dernière hypothèse pourrait être la méfiance envers un discours politique de soutien à la participation des usagers et des proches dans les réseaux et les dispositifs de santé qui a pour fonction principale la légitimation des politiques mises en place. Le risque d'instrumentalisation est un frein à l'émergence spontanée de nouveaux mouvements d'usagers citoyens.

ARP : COMMENT ATTEINDRE UNE FORME D'INTÉGRATION DES USAGERS DANS LA SOCIÉTÉ CIVILE ?

Didier De Vleeschouwer : Je peux évoquer différentes pistes. Imaginez comment les mentalités et la dé-stigmatisation pourraient évoluer si les personnes, par exemple en situation d'emploi (signe extérieur d'inclusion), y compris les professionnels du secteur assuétudes⁶, pouvaient mettre en avant librement leur expertise de consommateur de drogues ! Il y a une multitude d'usagers actifs intégrés professionnellement et de personnes sous traitement de substitution dans la sphère professionnelle. Il ne s'agit pas seulement de mobiliser les usagers pour qu'ils revendiquent le respect de leur dignité, mais aussi de penser des modèles participatifs mixtes qui pourraient prendre corps dans des projets concrets. Par exemple, la mise en place d'une maison d'accueil⁷ accessible 24h sur 24 sans aucune condition. Le projet devient alors l'outil qui permet aux usagers de faire lien avec d'autres acteurs de la société militante et associative. Enfin, il y a l'organisation de la parole « experte » qui a besoin du soutien des professionnels. Il faudrait penser et organiser de manière systématique, lors de groupes de travail sur les politiques sociales et de santé, à réserver une place à la parole des usagers afin qu'ils mettent leurs expériences, leurs compétences et leurs ressources au travail aux côtés des « professionnels de terrain ». Le silence ne nous aide pas, mais parler en leur nom sans intégrer leur expertise n'est pas crédible.



Martine Lacoste

directrice de l'association Clémence Isaure
(Toulouse, France)

LA MÉDIATION SOCIALE, POUR NE PLUS SE PRIVER DE LA PAROLE DES USAGERS ET DE LEUR CAPACITÉ D'AGIR

Cécile Bettendorff, chargée de projet, Fédération Addiction

Dans le cadre d'un projet sur la médiation sociale, la Fédération Addiction et l'Ireps¹ Auvergne Rhône-Alpes ont organisé en 2016 une série de séminaires sur les questions que posent les consommations de produits en matière de « vivre ensemble » pour les usagers, les élus, les riverains et les structures de réduction des risques et de soin. Pour **Addiction(s) : recherches et pratiques**, Martine Lacoste, directrice de l'Association Régionale Clémence Isaure à Toulouse, vice-présidente de la Fédération Addiction et référente administrative du projet, fait le point sur cette approche.

ARP : QUELLES PROBLÉMATIQUES SONT À L'ORIGINE DE CE PROJET ?

Martine Lacoste : Tout d'abord, c'est de la qualité du lien social que dépendent les indicateurs de santé d'une population toute entière. Ce lien social existe de manière différente sur tous les types de territoires : ville, ruralité, zones péri-urbaines, quartiers sensibles... Et au-delà de cette notion de territoire, il y a les populations concernées, celles qui se rencontrent dans l'espace public. Dans cet espace public, des représentations sont à l'œuvre. Les riverains, d'un côté, font des reproches aux fêtards, à ceux qui ont des comportements troubles dans la rue. Les consommateurs, de l'autre, considèrent

les riverains comme des gêneurs, des « mauvais coucheurs » (pour les usagers de l'espace festif notamment), et peuvent ressentir du jugement dans le regard des gens qu'ils croisent. De fait, sans parole, la plupart du temps, les regards qui s'échangent et les situations vécues sont porteuses de conflits potentiels.

Il faut ajouter à cela la question de la visibilité du *deal* dans les quartiers sensibles, une strate de plus dans le silence et l'incommunicabilité. On pourrait dire que le sentiment majoritaire qui prévaut serait la peur pour les uns, et la sensation d'être jugé pour les autres. Et ce, quels que soient les territoires observés.

ARP : COMMENT SE POSITIONNENT LES ÉLUS, ET NOTAMMENT LES MUNICIPALITÉS, FACE À CES DIFFICULTÉS ?

Martine Lacoste : Les élus sont au croisement entre leurs responsabilités vis-à-vis des riverains et celles vis-à-vis des populations consommatrices : d'un côté la peur et les représentations stigmatisantes, nous venons de le dire, et de l'autre la préservation de la santé d'une population et sa protection. Ils sont convoqués comme arbitres, ceux sur qui reposeraient toutes les réponses. Les riverains expriment aussi et très souvent leur colère en l'absence d'un tiers (police, associations...) pour les protéger de ce qu'ils vivent comme des nuisances. Le positionnement des maires va donc dépendre des fondements à partir desquels ils ont été élus. Une palette d'actions est possible entre l'exclusion ou, au contraire, le renforcement de l'inclusion, l'accueil, et la responsabilisation des usagers en passant par l'alliance avec les structures médico-sociales.

ARP : COMMENT AGIR CONCRÈTEMENT ?

Martine Lacoste : On pourrait donc distinguer cinq groupes aux rôles et intérêts différents :

- ceux qui sont perçus comme les responsables (les consommateurs « bruyants » et dealers visibles dans l'espace public) ;
- ceux qui sont perçus comme ayant tous les droits (ceux qui payent des impôts : commerçants, riverains) ;
- ceux pour qui la rue est un lieu de fête et d'expression (consommateurs festifs) ;
- ceux qui sont chargés de régler le problème (élus, police) ;
- et enfin les acteurs médico-sociaux que nous sommes.

Pour faire évoluer les représentations, il faut une première légitimité : qui va poser la question ? Ensuite débute le travail, bâtir et trouver une nouvelle voie et de nouvelles régulations au regard de cet espace public, qui peut être varié : milieu rural, espace festif, cœur des villes, quartier sensible... L'objectif, c'est de sortir des stigmatisations croisées et de permettre aux « personnes » de se rencontrer. Face au « conflit couvert » par le silence, l'objectif est de faire d'abord éclore un « conflit ouvert » par la parole, des problématiques, des ressources, enfin des possibles.

L'effritement du lien social est favorisé par une atmosphère générale liée à l'onde de choc du terrorisme : peur de l'autre, sentiment d'impuissance... Nous pouvons, nous acteurs du soin et de la réduction des risques, susciter le désir et l'opportunité de médiation en favorisant toujours la présence des personnes concernées.

ARP : VOUS ÉVOQUEZ SOUVENT LA « CLINIQUE SITUATIONNELLE » QUE LES ACTEURS DE SANTÉ DOIVENT METTRE EN ŒUVRE : QU'ENTENDEZ-VOUS PAR LÀ ?

Martine Lacoste : C'est un exercice subtil qui consiste à penser ensemble trois paramètres : une atmosphère sociale « générale », les spécifi-

cités du territoire concerné (rural, cœur de ville, quartier sensible, etc.) et la particularité d'un contexte (milieu festif, squat, implantation d'un dispositif de RDR, jeunes en errance accompagnés d'animaux, trafic...). C'est un exercice de haute couture pour lequel on n'a pas toujours le patron : il va falloir le construire, l'inventer, inventer un cadre qui convienne à tous, qui rendra possible des négociations, de nouvelles alliances. Ainsi, les acteurs de santé, chargés de cette mission, se révèlent être des magiciens. Ils font beaucoup avec très peu, trop peu... Ils inventent au cas par cas une véritable clinique situationnelle, prêtent des mots pour verbaliser, transmettre les messages entre les protagonistes, apaiser, « faire lien ». Nous devons transformer un problème en richesse, permettre des alliances, construire de l'interconnaissance pour restaurer un espace digne pour chacun.

ARP : POUVEZ-VOUS CITER DES EXEMPLES D'ACTION DE MÉDIATION SOCIALE EFFICACES ?

Martine Lacoste : J'ai deux exemples assez emblématiques à Toulouse.

Tout d'abord, celui d'un squat qui a brûlé récemment, mettant quarante personnes à la rue : l'événement a suscité la colère des riverains et la peur de la préfecture vis-à-vis des troubles sociaux potentiellement engendrés par la dispersion des squatteurs dans la ville. Quant aux usagers, ils avaient peur de se retrouver à la rue. Enfin, les acteurs de santé craignaient qu'aucune solution satisfaisante ne soit trouvée. La mairie a commencé par proposer des bungalows pour se poser temporairement : ceux-ci ont été transformés en squat au bout d'une semaine.

La première étape du travail a consisté à faire accepter la réduction des risques comme concept de mise en œuvre. Lors d'une réunion incluant notre association, la préfecture et la mairie, nous avons posé le principe de ne pas conditionner la proposition de logement à l'arrêt des consommations. Un groupe de dix jeunes parmi les squatteurs a exprimé sa volonté de continuer à vivre ensemble. Nous avons proposé de les constituer comme un groupe ayant une parole à porter : la mairie a accepté, et les jeunes ont nommé deux représentants pour se rendre à la préfecture et défendre leurs intérêts. Ils ont obtenu une proposition de lieu collectif, pour lequel ils ont présenté un projet basé sur l'achat de caravanes. La mairie a accepté que notre association les accompagne dans sa mise en œuvre et a donné un terrain pour installer les caravanes. Cela nous a également permis de mettre en route des accompagnements individuels.

Dans cet exemple, la représentation sur les squatteurs a changé : initialement hors-la-loi, ils ont acquis le droit au respect de leur trajectoire de vie, en devenant acteurs du rétablissement de leur situation. L'usage de substances a cessé d'être un frein à l'exercice de leur citoyenneté.

Mon deuxième exemple concerne l'interpellation de notre association par la mairie d'une ville de la

métropole toulousaine. Un groupe de SDF squattait la journée avec des chiens devant un centre commercial en consommant de l'alcool. Les riverains étaient en colère et avaient peur ; les commerçants expliquaient qu'ils perdaient de l'argent à cause du groupe squatteur ; les usagers disaient qu'ils n'avaient nulle part où aller.

Nous avons agi sur plusieurs plans : distribution de matériel de prévention aux usagers (sans leur demander de bouger), enquête auprès des riverains et des commerçants. On s'est aperçu que le problème était principalement lié au Plan de l'urbanisme : la copropriété, la mairie et les commerçants se renvoyaient la balle sur l'absence d'entretien du territoire. Les usagers jouaient donc le rôle de symptôme du mal-être du quartier, mais le problème était beaucoup plus large. Nous avons donc travaillé avec les usagers pour constituer un groupe et faire nommer des représentants, et sollicité une réunion avec l'ensemble des acteurs, y compris l'urbaniste, pour que chacun puisse exprimer son point de vue : nous sommes sortis du silence pour nommer le conflit d'intérêt. De nouvelles régulations ont pu être trouvées : la mairie a décidé de prendre en charge les questions d'urbanisme, les riverains se sont rendus compte qu'on pouvait parler avec les usagers, les commerçants ont rencontré leurs clients et leur ont fait prendre conscience de l'intérêt de ne pas les conduire à la faillite. Il s'avère qu'il n'y avait aucune réponse pour les usagers dans la ville : une antenne de Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) a été autorisée sur le territoire. Nous avons également formé les agents de la mairie à la problématique des seringues, au programme Déchet d'activité de soin à risque infectieux (DASRI)... chacun a retrouvé un espace de reconnaissance de ses besoins et de sa dignité.

Dans ces deux exemples, il a fallu s'adapter à la particularité de chacun de ces contextes. On a suscité le désir de médiation auprès de tous les acteurs. Quand je parle de « clinique situationnelle », la « clinique » désigne la place de la parole, et l'adjectif « situationnel » signifie que les ingrédients de la situation vont faire varier la méthode, même si celle-ci a toujours un cap, celui de trouver de nouvelles alliances. Dans ces deux exemples, les usagers perçus comme « problème » sont devenus la solution. La question de l'addiction est intéressante car elle résiste, elle vient révéler la présence de non-dits, dont l'élaboration tirera tout le bénéfice.

ARP : QUEL SERAIT SELON VOUS LE « RÔLE IDÉAL » DE L'USAGER DANS LA SOCIÉTÉ ?

Martine Lacoste : Dans une société dite « addictogène », on finit parfois par ne plus parler la même langue. On peut considérer que les addictions sont une forme de symptôme de survie, pour autant que cette société accepte de les regarder et de considérer que cette marge est en réalité la quintessence de la page. Les usagers à la rue sont souvent en quête de sens, d'un autre type de relations humaines, du regard de l'autre, d'un regard partagé.

Comme les artistes, si on veut bien collectivement y veiller, les usagers de substances viennent montrer les limites d'un système dans lequel l'inclusion est fortement normée.

Certains acceptent de payer le prix : c'est le cas des jeunes en errance notamment, ceux qui se cherchent, qui nous cherchent, ceux qui fuient une certaine violence institutionnelle, ceux qui se sont perdus. Notre société a un intérêt majeur à aller explorer avec eux leur pouvoir d'agir et les pistes qu'ils ouvrent. Dans les deux exemples cités, leur présence a été déterminante dans la qualité des échanges : parce qu'ils étaient là, ils ont forcé au respect.

Il y a donc des outils : la peur peut se transformer en rencontre potentielle. C'est ce qui se passe dans toutes ces micro-expériences, qui ouvrent une voie intéressante. Bien sûr le chemin est long, il est difficile, mais la reconnaissance de cette multitude d'expériences sur le territoire peut permettre de transformer la politique publique. Un bon exemple : le programme « Un chez-soi d'abord »², issu d'un squat de personnes accompagnées à Marseille, a abouti cette année à la parution d'un décret. Ne nous privons plus de la parole des usagers et de leur capacité d'agir.

Notre expérience nous a toujours montré qu'à partir du préalable de l'acceptation des usages, fondamental dans la philosophie de la Réduction Des Risques, les usagers deviennent les éclaireurs de nouveaux chemins utiles à tous.

2 CASTETZ, N. (2006). « Un chez soi d'abord » fait des adeptes. *Addiction(s) : recherches et pratiques*, (1), pp. 49-51.

La Fédération Addiction et l'Ireps Auvergne Rhône-Alpes ont organisé en 2016-2017 un cycle de trois séminaires sur les pratiques et postures qui favorisent le lien social dans l'espace public.

- 17 juin 2016 « Visibilités des usages et spécificités des territoires : un lien social « sous contrainte » ? »
- 12 octobre 2016 « Travailler ensemble dans la diversité des publics : médiations et identités »
- 1^{er} février 2017 « Médiations – perspectives et inspirations pour agir »

Ces trois temps étaient destinés à l'ensemble des acteurs de la médiation sociale et des addictions : élus, associations de riverains, professionnels de l'addictologie et du travail social, forces de l'ordre... Ils ont été organisés par un groupe de pilotage partenarial, constitué des représentants de ces différents acteurs et de chercheurs. Le Forum européen pour la sécurité urbaine (FESU) et l'association Elus, santé publique et territoires (ESPT) ont participé activement à cette démarche.

Retrouvez les actes des séminaires sur le site www.federationaddiction.fr

Annette Bradshaw Jones
déléguée nationale au CNPA
(Conseil national des personnes
accompagnées) (France)



Katarzyna Halasa
coordinatrice du CNPA (Conseil
national des personnes accompa-
gnées), Armée du Salut (France)



Tim Greacen
docteur en psychologie, directeur du Laboratoire
de recherche de l'établissement public de santé
Maison Blanche, Paris (France)



Thierry Renaut
délégué national au CNPA
(Conseil national des
personnes accompagnées)
(France)



Frédéric Lemaire
coordinateur des « Experts du
vécu », Service public fédéral de
programmation Intégration sociale
(SPP IS) (Belgique)



Association Pro Mente Sana,
Genève (Genève)



SANTÉ MENTALE, PRÉCARITÉ : QUAND LES PERSONNES DONNENT DE LA VOIX

Natalie Castetz, journaliste

Les personnes vivant des problèmes d'intégration dans la société, liés à des troubles psychiques ou à la précarité, participent de plus en plus activement à leur projet personnel, professionnel et de santé ou encore à l'élaboration des politiques publiques.

« L'utilisateur en psychiatrie n'est pas juste un patient. Bien au contraire, la personne doit être auteur de son projet de vie et co-auteur de son projet de soins. » Tim Greacen, docteur en psychologie¹, dirige le Laboratoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche, à Paris. Ce laboratoire a été l'opérateur en France du projet européen Emilia (Empowerment of Mental Health Service Users Through Life-Long Learning, Integration and Action) qui s'est déroulé entre 2005 et 2010 (Cf. Encadré p.51). L'objectif ? Analyser les effets de l'accès à la formation et à l'emploi sur une population d'utilisateurs des services psychiatriques. Car, rappelle Tim Greacen, « les personnes vivant avec un trouble psychique grave et de longue durée sont directement concernées par cette situation d'exclusion sociale majeure et ne bénéficient d'aucune garantie d'accès à la formation tout au long de la vie ».

PROJET PERSONNEL, PROFESSIONNEL ET DE SANTÉ

Trente-cinq personnes vivant avec des troubles psychiatriques graves, en soins et sans emploi, ont été recrutées par les services de secteurs psychiatriques de Paris, avec des infirmiers, médecins et assistantes sociales, impliqués dans le processus. Les participants ont suivi une formation sur le rétablissement (*recovery*), le « vivre avec », puis sur la construction d'un projet personnel, professionnel et de santé (PPPS). « Tout le monde se met autour de la table et on travaille non plus sur leur maladie mais sur leurs forces, afin de construire un projet de vie sur ce qu'ils savent, espèrent et rêvent de faire », explique Tim Greacen. Cela correspond à « un changement de para-

LE PROJET EUROPÉEN EMILIA

Le programme de recherche-action Emilia (Empowerment of mental illness services users through Lifelong learning Integration and Action) a été mené entre 2005 et 2010 sur seize sites dans douze pays européens. Associé à *ENTER Mental Health*, réseau d'établissements publics de santé et d'universités spécialisés dans la formation et la recherche en santé mentale, il a reçu le soutien de l'Europe, à hauteur de près de 4 millions d'euros. En France, le Laboratoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche de Paris a travaillé avec la Maison de l'emploi de Paris, le Plan local d'insertion et d'emploi des 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements et la Cité des métiers. La Fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy) et l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam) Paris ont aussi participé aux formations et au comité de pilotage.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site www.ch-maison-blanche.fr

digme, passant d'une approche focalisée sur la maladie et les soins à une démarche où l'insertion professionnelle et l'inclusion sociale de la personne sont les priorités ».

Des parcours d'avenir ont ainsi été élaborés, puis suivis, avec chaque personne. « *Dans l'espace de trois mois, un tiers de ces personnes étaient en emploi. La moitié à mi-temps, l'autre à plein temps. L'insertion s'est avérée très rapide !* », commente Tim Greacen. Le processus d'inclusion sociale a aussi comporté un important volet participatif : les personnes ont travaillé sur l'élaboration de questionnaires sur la satisfaction des usagers, sur la prise en compte de la douleur pendant l'hospitalisation et ont été enquêteurs auprès d'autres patients... « *Le fait d'être interrogé par un pair lève certaines résistances qui peuvent apparaître quand ce sont, par exemple, des membres du personnel de soins qui réalisent les questionnaires* », note Tim Greacen. Ce sont aussi les plus convaincants pour montrer que l'on peut aller mieux et se rétablir, avec des compétences différentes. « *Ils deviennent un exemple pour les autres.* »

BIENTÔT, UN CENTRE D'EMPOWERMENT À PARIS

Compétents dans la connaissance de leur maladie comme de la gestion du système de soins sanitaires et sociaux, les participants d'Emilia ont également pris une part active à des actions de formation, rémunérées, notamment envers les professionnels de l'insertion. Cette journée avec un formateur psychiatre et un formateur vivant avec une psychose a été un succès : « *Les participants ne voyaient plus les personnes psychotiques comme des malades, mais comme des personnes à part entière. La peur était partie.* »

Depuis, l'équipe de l'EPS Maison Blanche met en place, avec les équipes du 19^e arrondissement de Paris, ainsi que l'oeuvre Falret² et la Cité de la santé d'Universonne à la Villette, un « Centre d'empowerment ». Dans ce lieu ouvert et accessible à tous, il y aura des formations sur la psychiatrie, la schizophrénie... où l'un des formateurs sera lui-même une personne vivant avec un trouble psychique. Les recrutements sont en cours.

LES PAIRS PRATICIENS EN SUISSE

La philosophie du *recovery*, telle est aussi la colonne vertébrale de l'approche de Pro Mente Sana, à Genève³. Pour l'association, « *le positionnement des patients joue un rôle central : devenant les acteurs principaux de leur santé mentale, ils ont le droit et la capacité de déterminer eux-mêmes ce qui est sain pour eux et ce qu'ils doivent accomplir pour se rétablir* ». Peu à peu, les instances officielles de santé publique cantonales et les dispositifs d'accueil et d'encadrement intègrent cette expertise : « *lorsqu'elles sont rétablies ou en voie de rétablissement, ces dernières ont acquis une certaine distance par rapport à leurs parcours de vie.* »

Ces « pairs-aidants », anciens utilisateurs de services d'aide et de soins psychiatriques, sont à même de témoigner de leurs expériences. Ont ainsi été mises en place des formations de pairs praticiens en santé mentale à l'École d'études sociales et pédagogiques (EESP) de Lausanne. Elles sont destinées à des usagers ou anciens usagers de la psychiatrie qui souhaitent acquérir une formation certifiante pour exercer le rôle de pair praticien. Ils n'ont pas pour fonction de se substituer aux services de santé mentale existants, mais d'exercer un « effet passerelle », en animant des groupes d'entraide ou en intervenant dans le suivi des patients au sein d'une unité de soins, par exemple.

Reste que si plusieurs dizaines de pairs praticiens exercent en Suisse, peu parviennent à vivre de cette activité. Pro Mente Sana le rappelle : « *nous croyons fermement au rétablissement. Nous ne savons pas combien de temps cela prendra ni jusqu'où ce sera possible, mais nous sommes persuadés que toute personne peut s'engager sur ce chemin. En ce sens, on peut voir les pairs aidants comme une invitation à changer de regard sur la maladie psychique.* »

AVEC L'ARMÉE DU SALUT, AU CNPA

L'exclusion, Annette Bradshaw Jones, 60 ans, connaît. Après un plan social, l'ancienne assistante de direction est en recherche d'emploi, avec bientôt le RSA comme seul revenu, l'hébergement dans un foyer, puis l'accompagnement par l'association Etage à Strasbourg pour une recherche de logement en intermédiation locative⁴. Un jour, un travailleur social évoque l'existence du Conseil national des personnes accueillies ou accompagnées (CNPA)⁵ via sa délégation régionale, le CRPA. Portée par la Fondation de l'Armée du Salut depuis sa création, en 2010, cette instance réunit des personnes en situation de pauvreté, soit deux tiers des participants aux côtés d'intervenants sociaux tels que les professionnels de l'action sociale, des représentants d'administration, d'organismes ou services de l'État. Le but : « *construire une parole collective autour des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.* »

¹ Greacen T & Jouet E (eds), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Editions ERES, Toulouse, 2012

² Depuis 1841, l'ŒUVRE FALRET accompagne des personnes souffrant de troubles psychiques ou en difficultés psycho-sociales. Plus d'informations : <http://falret.org/>

³ Organisation d'intérêt public, Pro Mente Sana est une association romande privée qui défend les droits et les intérêts des personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie psychique, et leur apporte, ainsi qu'à leur entourage, conseil et soutien. Plus d'informations : www.promentesana.org

⁴ L'intermédiation locative est un dispositif qui permet de sécuriser et simplifier la relation entre le locataire et le bailleur grâce à l'intervention d'un tiers social (opérateur, organisme agréé ou association).

⁵ www.ccpa-ccrpa.org

6 Décret n° 2016-1440 du 26 octobre 2016 relatif aux instances de concertation permettant d'assurer la participation des personnes prises en charge par le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile. Décret pris en application de l'article 40 de la loi ALUR du 24 mars 2014 concernant la participation des personnes accueillies / accompagnées ou l'ayant été.

7 www.mi-is.be/fr/service-experts-du-vecu

8 (non daté) *Guide des experts du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale*. [En ligne] www.mi-is.be/sites/default/files/documents/guide_expert_vecu.pdf

9 La Banque Carrefour se donne pour mission d'inciter les acteurs du secteur social belge à offrir des services effectifs et efficaces avec un minimum de charges administratives et de coûts pour toutes les parties concernées. Plus d'informations : www.ksz-bccs.fgov.be

10 RENARD J. (2012) En Belgique, les experts du vécu. *VST - Vie sociale et traitements*, 2012/2 (n° 114), pp. 90-93.

11 (non daté) Comment les « experts du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale » optimisent l'accès et la qualité des services publics en Belgique. [En ligne] www.mi-is.be/fr/case-study-experts-du-vecu

Dubitative au départ, puis séduite, Annette Bradshaw Jones s'implique bientôt dans un comité de pilotage, avec « *le logement comme cheval de bataille. Je connais bien cette problématique* ». Déléguée régionale, elle assiste bientôt à une séance plénière. Le principe : tous les deux mois, participer à ces réunions au cours desquelles travailleurs sociaux et personnes accompagnées travaillent ensemble sur des sujets directement liés aux politiques publiques : l'accueil hivernal des personnes sans-abris ; l'accès au logement, l'accès aux soins, l'accès à l'emploi...

En dehors de l'intérêt de faire partager son expérience, Annette Bradshaw Jones, élue déléguée nationale en septembre dernier, apprécie de « *sortir de l'isolement et rencontrer des gens* ». Et, avoue-t-elle, « *cela donne un but pour se lever le matin et apporter un grand enrichissement personnel : on en apprend tous les jours !* » Et elle a le sentiment que sa « *parole a été entendue* », « *même si les changements ne sont pas immédiats* ».

Thierry Renaut, ancien technicien du son qui a connu l'Armée du Salut et l'hôpital psychiatrique, en est à son quatrième mandat de délégué. Il assure

aussi : « *un professionnel n'a pas la même approche que quelqu'un qui a connu la rue* ». Et, apprécie-t-il, « *se battre pour les autres est gratifiant, d'autant que nous sommes écoutés et compris* ».

« IMPENSABLE DE TRAVAILLER SANS LES PERSONNES DIRECTEMENT CONCERNÉES »

Pour Katarzyna Halasa, coordinatrice du CNPA, « *il est impensable aujourd'hui de travailler sans la personne directement concernée par le fonctionnement des structures d'accueil ou des dispositifs qui leur sont destinés ou par les politiques publiques* ». Et d'ajouter : « *nous n'avons plus à démontrer la valeur ajoutée de l'expertise, l'opinion, la parole, et la contribution de ces personnes. Elles sont indispensables et représentent la réalité vécue au quotidien, qui ne peut pas être portée par quelqu'un d'autre. Elles doivent être associées à toutes les décisions qui les concernent, au même titre que les autres acteurs* ».

Les personnes qui participent, autrefois mises à l'écart des décisions et d'une participation citoyenne, « *retrouvent grâce au CNPA une place de citoyen. En reprenant confiance en elles, elles prennent la parole en public, défendent leurs idées et argumentent, peuvent convaincre et contribuer à un travail collectif* ». Avec le décret du 26 octobre 2016⁶, le CNPA et CRPA sont officiellement reconnus en tant qu'instances de participation et de représentation des personnes en situation de pauvreté. « *Nous passons ainsi d'une phase d'expérimentation à une phase d'institutionnalisation* ». Depuis, le CNPA reçoit de plus

en plus de sollicitations de participation des personnes à des commissions, groupes de travail au sein de différentes instances, nationales, régionales, départementales. Ainsi, les délégués du CNPA ont travaillé sur l'évaluation de la troisième année du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale comme sur la mise en œuvre du plan « Logement d'abord ». Le CNPA est représenté au sein du Haut conseil du travail social (HCTS) et du Conseil national de la santé mentale (CNSM). « *Les personnes sont associées à l'élaboration des différentes politiques publiques* », résume Katarzyna Halasa. Ainsi, elles ont un mandat, voire une nomination par décret, et intègrent les instances en tant que membres à part entière pour une durée de trois ans. La coordinatrice relève pourtant un « *paradoxe* ». Cette participation institutionnelle favorise le renforcement de l'estime de soi, mais peut enfermer la personne dans son statut associé à la précarité, quand bien même elle pourrait trouver du travail et ne plus avoir besoin d'être accompagnée.

EN BELGIQUE, LES EXPERTS DU VÉCU INTERROGENT LES INSTITUTIONS

Autre expérience où les pairs sont entendus par les administrations, celle des « Experts du vécu »⁷. Initié dès 2004 en Belgique au sein des services publics fédéraux, et longtemps co-financé par le Fonds social européen, ce projet pilote a d'abord concerné les personnes souffrant de pauvreté et d'exclusion sociale. En 2014, Médecins du Monde et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) ont dénoncé les difficultés d'accès aux soins de ces populations en situation d'exclusion : décrochage médical, manque d'informations... Pour y remédier, le gouvernement a alors voulu, en 2015, intégrer pendant deux ans la méthodologie « Experts du vécu » dans le domaine de la santé. « *Une manière d'introduire un nouveau type d'expertise au sein des services publics fédéraux, d'y injecter d'autres connaissances indispensables pour véritablement travailler en plaçant le client au cœur des préoccupations* »⁸. Objectif visé : « *Réinsérer les publics vulnérables dans le système de santé et leur permettre d'exercer réellement leurs droits aux soins de santé* ». Le projet pilote est devenu un service à part entière dans les services publics fédéraux belges et trois coordinateurs ont été recrutés.

Quinze personnes issues de la pauvreté et l'exclusion sociale ont donc été recrutées, après une longue procédure de sélection et selon des critères précis en termes d'exclusion et de compétences, après entretiens et stages d'essais. À Gand, Bruxelles et Charleroi, ces fonctionnaires travaillent dans différents hôpitaux ou centres d'aide et d'action sociale, « *toujours en lien avec la précarité* ». Xavier Voglaire, ancien chômeur de longue durée, qui travaille sur les besoins de simplifications administratives au sein de la Banque carrefour de la Sécurité sociale⁹, apprécie : « *mes rapports sont toujours pris en compte et il n'est jamais arrivé que l'on refuse mes propositions* »¹⁰. Le Service public fédéral de programmation Intégration sociale (SPP IS) le constate : « *par leur pratique, ils interrogent l'institution dans laquelle ils sont détachés. Leurs parcours et compétences apportent une vision différente sur notamment les obstacles que peuvent rencontrer les personnes en exclusion sociale* »¹¹.

Le projet en matière d'accessibilité aux soins de santé devrait être poursuivi en 2018 : « *nos partenaires voient le potentiel de l'intégration du point de vue des experts du vécu sur leur accessibilité, ainsi que les bénéfices du réseau qui se crée autour de cette initiative* », commente Frédéric Lemaire, du service Experts du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, au sein du SPP IS. « *Deux années sont trop courtes pour en mesurer tous les bénéfices : nous espérons que le gouvernement nous suivra !* »

THÉMATIQUE 2018 : MARCHÉS ET RÉGULATIONS

Nous proposons ici un article préfigurateur de la thématique de notre prochain numéro, à paraître en 2018. Celle-ci concernera les marchés et les régulations.

Les consommations de psychotropes ont lieu dans un contexte, dans lequel elles prennent sens. Celui-ci peut être protecteur, afin de réduire les dommages. Mais il peut également induire de graves conséquences négatives, comme c'est le cas avec la prohibition. La régulation de l'accès à ces substances, leurs modes de production, d'échanges et de distribution fait donc partie intégrante du questionnement nécessaire dans le domaine des ad-

dictions. Aujourd'hui pour les produits légaux, l'Etat intervient principalement sur le marché, et c'est donc essentiellement sur les règles à instaurer sur ce marché que le débat a lieu (prix, taxe, etc).

Cependant, la question de la régulation ouvre sur des questionnements plus larges encore. Le marché des médicaments, ou les *Cannabis social clubs*, sont d'autres modes de régulation, très différents du marché classique que nous connaissons pour l'alcool ou le tabac.

Cette thématique ouvrira donc sur de nombreuses dimensions : légalisation du cannabis, crise des opioïdes, marché des NPS, analyse des produits, etc.

Ivana Obradovic lance la réflexion avec une contribution sur les différents modèles de régulation du cannabis à ce jour dans le monde, leurs avantages et leurs inconvénients.

NOUVELLES POLITIQUES DE RÉGULATION DU CANNABIS



Ivana Obradovic

Directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et chercheuse associée au Centre de recherches sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales (CESDIP)

Au cours de la période récente, les politiques publiques du cannabis ont fait l'objet de remises en question : des États-Unis à l'Uruguay, en passant par le Canada ou l'Union européenne, nombreux sont les pays qui ont opéré des réformes majeures. Depuis 2012, trois États ont transgressé le dogme de la prohibition prôné par les conventions internationales en annonçant une légalisation de la vente et de la distribution de cannabis : au sein des États-Unis, huit états ont, malgré l'interdit fédéral, autorisé la culture, la vente, la détention et la consommation de cannabis à des fins récréatives pour les adultes, après l'approbation de cette réforme ; l'Uruguay a instauré un monopole d'État sur la production de cannabis ; enfin, au sein du G7, le Canada envisage une légalisation du cannabis à compter du 1^{er} juillet 2018. Outre ces initiatives de régulation d'un marché légal du cannabis, de nombreux pays en ont dépenalisé la détention en petites quantités (pour usage récréatif) et/ou ont autorisé l'accès au cannabis médical. Par ailleurs, un certain nombre d'initiatives de régulation, parfois encouragées par

des autorités locales, ont essaimé dans les interstices des législations nationales, à l'image des *Cannabis social clubs* (CSC) développés dans quelques pays de l'Union européenne.

Face aux bouleversements du contexte international, cette contribution décrit le spectre des nouvelles politiques du cannabis actuellement expérimentées dans le monde en vue de sortir de l'« impasse » dénoncée par certains auteurs (Coppel & Doubre, 2012). Cette palette de modèles alternatifs à la prohibition, revendiquant l'objectif d'une régulation, correspond à trois schémas de régulation du cannabis. Dans une visée pédagogique, on proposera ici une typologie de ces politiques de régulation du cannabis dit « récréatif », en identifiant quatre schémas principaux : régulation « à l'américaine » (à visée commerciale) ; approche « étatiste » étroitement contrôlée (Uruguay) ; « tolérance » (Pays-Bas) ; initiatives locales d'auto-gestion sous forme de coopératives (CSC).

1 Lucratif

2 Favorable au commerce

LE PARADIGME DE LA PROHIBITION DE PLUS EN PLUS CONTESTÉ

Le cadre international réprimant l'usage et la détention de cannabis repose sur trois conventions de l'ONU (1961, 1971 et 1988), qui imposent d'incriminer l'offre de stupéfiants (production, trafic, cession et détention), mais pas nécessairement l'usage. La décision d'incriminer directement la consommation de cannabis relève donc du gouvernement des États. Au sein de l'Union européenne, six pays (dont la France) prévoient des sanctions pénales pour les consommateurs de cannabis (Obradovic, 2016).

Au sein des instances de l'ONU, l'interdit du cannabis fait de plus en plus débat. En 2012, face à l'« échec des politiques répressives », la Commission mondiale pour la politique des drogues a recommandé de dépénaliser l'usage de cannabis afin de favoriser les soins à l'égard des personnes dépendantes. En 2016, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) a donné lieu à une déclaration commune rappelant la nécessité de lutter contre la production et le trafic de drogues et de renforcer la place des mesures socio-sanitaires dans la réponse publique au problème des stupéfiants.

Parallèlement, au niveau international, l'approche politique des drogues a connu des évolutions notables. En novembre 2012, deux États américains autorisant déjà l'usage de cannabis à des fins médicales (Colorado et Washington) ont par référendum approuvé le principe d'un usage récréatif à partir de 21 ans. Un an plus tard, l'Uruguay a adopté la légalisation du cannabis par la voie parlementaire. En outre, en Amérique latine, plusieurs chefs d'État (Mexique, Colombie, Bolivie, Guatemala, Costa Rica, Uruguay) plaident pour une stratégie alternative de lutte au plan international, recentrée sur des objectifs de santé publique.

Enfin, un certain nombre de travaux scientifiques soulignent que la distinction entre drogues licites et illicites repose davantage sur des facteurs historiques, géopolitiques et culturels que sur une définition claire ou des bases conceptuelles : les conventions internationales reposent en effet sur une liste de produits classés comme stupéfiants qui ne tient pas compte de la hiérarchie des risques.

PANORAMA DES NOUVELLES POLITIQUES DE RÉGULATION DU CANNABIS

Afin de simplifier la présentation, on parlera ici de trois « modèles », sans aucune intention norma-

tive, avant de proposer un focus sur la situation des Pays-Bas.

Le premier modèle, à visée commerciale, a été développé dans les huit États américains qui ont adopté le principe d'une légalisation par référendum entre 2012 et 2016 (Colorado, État de Washington, Oregon, Alaska, Californie, Maine, Massachusetts, Nevada) (Obradovic, 2017). Dans ces États majoritairement situés dans l'Ouest américain, le cannabis en vente libre est accessible uniquement aux adultes de 21 ans et plus, qui peuvent posséder et acheter dans des magasins spécialisés jusqu'à une once de cannabis (28,4 grammes). La consommation sur la voie publique est interdite. Le point commun des régimes mis en place est d'instaurer un marché *for profit*¹ (ou *business-friendly*²), inspiré du modèle de régulation de l'alcool, divisé en trois secteurs requérant à chaque niveau une licence professionnelle accordée par l'État (production, conditionnement, vente). Aux États-Unis, un des enjeux de ces réformes a été de séparer le marché du cannabis médical de celui du cannabis en vente libre, plus fortement taxé et soumis à des règles plus restrictives (limite d'âge, quantités, etc.). Dans tous les États, ce marché est fort réglementé, visant trois objectifs : sécuriser les conditions de production, de vente et d'achat de cannabis « récréatif » en soumettant les opérateurs privés à des règles strictes (déclaration, surveillance, traçabilité) ; limiter l'accessibilité du produit afin de protéger les mineurs (contrôle du prix, interdiction d'affichage, de publicité et de marketing) ; garantir des recettes fiscales aux États à travers les taxes.

Le deuxième modèle observable, d'orientation « étatiste », est mis en place en Uruguay depuis 2014. L'offre légale de cannabis repose sur un monopole de l'État, qui ne prétend pas en tirer avantage en termes de recettes fiscales (Gandilhon et al., 2017). Le cannabis est accessible uniquement aux majeurs (à partir de 18 ans), qui peuvent posséder jusqu'à 40 grammes de cannabis par mois (ou 10 grammes par semaine), mais sans le consommer en public. La loi prévoit trois voies d'approvisionnement légal :

- 1) l'auto-culture (limitée à 6 plants par foyer) ;
- 2) les associations de consommateurs (coopératives de 15 à 45 membres autorisées à cultiver au maximum 99 pieds) ;
- 3) l'achat en pharmacie (limité à 10 grammes par semaine).

La mise en place de cette dernière modalité d'accès a été retardée au 19 juillet 2017. Seul l'État est autorisé à importer ou produire les graines des variétés destinées à la vente en pharmacie, qui sont cultivées sur des terres appartenant à l'État et surveillées en permanence. Seules deux entreprises sont habilitées à produire un volume de cannabis plafonné à 6 tonnes et 3 variétés (diversement dosées en THC et en CBD). Toutes les plantes cultivées font l'objet d'un enregistrement et d'un traçage. Afin de concurrencer le marché noir, l'État a fixé le prix du cannabis à 1,30 \$ par gramme mais il interdit toute publicité. Quelle que soit leur voie d'approvisionnement, les usagers doivent s'inscrire sur

un registre, administré par l'Institut de régulation et de contrôle du cannabis (IRCCA), qui a la vocation de contrôler et réguler le marché (quantités produites et vendues), mais aussi de favoriser l'information sur les risques et le repérage des usages problématiques.

Le troisième modèle, le plus ancien (1976), est en vigueur aux Pays-Bas. Il repose sur un principe de « tolérance » à l'égard des usagers de « drogues douces » (dont le cannabis). Cette différenciation a pour objectif de tenir les usagers de cannabis à distance du marché des drogues « dures » (Van Ooyen-Houben, 2008). Contrairement aux idées reçues, la détention et la vente de cannabis ne sont donc pas légales aux Pays-Bas : elles sont tolérées en petites quantités, dans certains espaces (*coffee shops*) et sous certaines conditions. Toute personne majeure peut posséder jusqu'à 5 grammes de cannabis, correspondant à la quantité de vente et d'achat autorisée dans les quelque 500 *coffee shops* néerlandais titulaires d'une licence et astreints à des règles strictes (pas de publicité, pas de vente aux mineurs, pas d'autres drogues ou d'alcool, pas de nuisances publiques). À l'inverse des régimes de légalisation, le cannabis vendu en *coffee shop* est acheté sur le marché noir.

Enfin, un quatrième modèle, d'abord expérimenté en Espagne, est décliné aujourd'hui dans plusieurs pays européens (Belgique, Suisse, Slovaquie, Royaume-Uni), mais aussi au Canada et en Uruguay. Revendiquant une approche de « légalisation sociale du cannabis » (Decorte et al., 2017), il régule la consommation à travers des *Cannabis social clubs* (CSC), organisations à but non lucratif dont l'objectif est double : cultiver et distribuer du cannabis à leurs membres afin de leur éviter tout contact avec la criminalité organisée ; réduire les risques liés à l'usage en garantissant la qualité du produit. Pour rallier un club, il faut se déclarer usager de cannabis ou disposer d'une prescription médicale et satisfaire à des critères variables selon les régions : âge (de 18 à 21 ans), lieu de résidence, « parrainage ». Les quantités obtenues sont normalement limitées à 2-3 grammes par jour. La cotisation des membres couvre les frais de production et d'administration et serait inférieure au marché noir. Les CSC sont supposés payer l'impôt sur le revenu et la TVA mais les montants en jeu ne sont pas connus, car il n'existe aucun décompte officiel (500 à 600 clubs en Espagne selon l'estimation la plus récente). Ce type de régulation a été rendu possible par la loi espagnole qui pénalise la consommation de cannabis en public, mais pas la consommation privée, qui est de fait tolérée. Par ailleurs, une jurisprudence fédérale a dépénalisé la consommation partagée et l'achat de drogues en commun par des usagers dépendants, ouvrant la voie à de nouvelles interprétations de la législation. Si l'État continue de s'opposer à l'existence des CSC, certaines autorités régionales ont développé des ébauches de régulation et, en juin 2017, la Catalogne, deuxième région la plus peuplée d'Espagne, est allée jusqu'à légaliser les CSC pour les majeurs, sous certaines conditions (quantité maximum de cannabis vendue par membre, interdiction

de vente d'alcool ou de tabac, etc.). Une dizaine de pays comptent aujourd'hui des CSC (Zobel, Marthaler, 2016).

Outre ces types génériques de régulation, on peut citer divers projets mis en place localement, comme le groupe de travail visant à développer des projets-pilotes de régulation de l'accès au cannabis en Suisse dans cinq villes (Bern, Bienne, Thun, Winterthur et Zürich) et deux cantons (Bâle-Ville et Genève). Par ailleurs, un autre grand pays, le Canada, a franchi le pas de la légalisation du cannabis puisque le gouvernement a introduit un projet de loi qui, en principe, devrait entrer en vigueur au 1^{er} juillet 2018 : dans des conditions encore à l'étude, il encadrera la production et la vente de cannabis.

PREMIERS ÉLÉMENTS DE BILAN

La légalisation de la possession de cannabis et la régulation de sa production et de sa distribution sont des phénomènes émergents. De ce fait, on ne connaît pas toutes les alternatives de régulation possibles, et on ne mesure pas leurs effets – notamment leur impact sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances et sur le marché noir. À ce stade, on ne peut donc faire qu'un bilan provisoire des trois principaux schémas de régulation du marché appliqués jusqu'ici : modèle commercial, autoproduction et monopole d'État – le modèle néerlandais de régulation par les *coffee shops* étant un cas à part, fortement débattu du fait de sa dépendance au secteur du trafic illicite.

Le modèle du marché commercial, le plus répandu, se caractérise par son dynamisme et sa capacité à se substituer en partie au marché noir. Il génère des emplois et des revenus pour l'État, ce qui permet de financer des programmes de prévention et de traitement. Il réduit aussi les ressources investies dans la répression et l'engorgement des tribunaux. En revanche, il n'apparaît pas favorable à la santé publique, dès lors que l'objectif des opérateurs privés est centré sur la hausse de leur chiffre d'affaires, et donc de la consommation : comme pour l'alcool, les gains sont ciblés sur les usagers les plus réguliers (qui consommeraient autour de 80 % du volume du marché du cannabis) et les jeunes (qui assurent le renouvellement de la clientèle). Le modèle commercial tend aussi à créer des groupes d'intérêt qui entravent les efforts de régulation pour favoriser les intérêts des acteurs économiques.

Le modèle d'autorisation de l'auto-culture de cannabis existe sous deux formes : production personnelle à domicile (qui ne couvre qu'une partie de la consommation, surtout pour les usagers réguliers) ou collective, sous forme de coopérative ou de CSC (qui, même si elle ne crée pas de marché pour le cannabis, peut avoir un rôle social important,

notamment en termes de réduction des risques, malgré le risque de favoriser le partage d'une « culture de la consommation » qui peut faire obstacle à la prévention et la réduction des risques). Ce schéma de régulation semble propice à capter une partie du marché illicite tout en générant des recettes pour l'État (fiscalité applicable aux CSC).

Le modèle du monopole d'État n'existe qu'en Uruguay, où il n'est implanté que partiellement. Jugé plus positivement par les professionnels de la santé publique qui y voient un moyen de réguler des substances tout en préservant l'intérêt public, il s'inspire des modèles de régulation de l'alcool des pays nordiques, du Canada ou de certains États américains. Il sera intéressant de voir si le Canada s'inspire des régies de l'alcool qui existent dans ses provinces. Le contrôle de l'État permet en tout cas des leviers supplémentaires pour modérer les dommages liés à une hausse

de la consommation (contrôle du prix et de la publicité). Les experts estiment qu'un tel monopole pourrait rendre le cannabis moins attrayant et indiquer qu'il ne s'agit pas d'un produit de consommation ordinaire.

Il faut néanmoins rappeler l'absence de corrélation entre la sévérité de la législation nationale et les niveaux de consommation (EMCDDA, 2011), suggérant que l'usage du cannabis repose davantage sur des facteurs historiques et culturels. L'étude CANNALLEX, menée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) et l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ), permet de documenter les premiers effets des initiatives de légalisation survenues au Colorado, dans l'État de Washington et en Uruguay : elle montre notamment que les niveaux de consommation de cannabis des mineurs n'ont pas augmenté après la réforme.

Bibliographie

- Coppel A., Doubre O. (2012). *Drogues, sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*, Paris : La Découverte, 296 p.
- Decorte T., De Grauwe P., Tytgat J. (2017). *Le cannabis sous contrôle : comment ?*, Lannoo Campus, 151 p.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). *État du phénomène de la drogue en Europe*, Lisbonne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 124 p.
- Gandilhon M., Obradovic I., Lalam N., Alimi D. & Weinberger D. (2017). Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis, *Drogues, Santé et Société*, vol. 16, n°1 (à paraître).
- Obradovic I. (2016). Cannabis : état des lieux des législations européennes sur l'usage, *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, n°2, vol. 22, p. 57-75.
- Obradovic I. (2017). *Actualité de la régulation du cannabis aux États-Unis*, Note, OFDT, 16 p.
- Van Ooyen-Houben M. (2008). Usage de substances illicites et politique néerlandaise en matière de drogues : vue d'ensemble et évaluation exploratoire, *Déviante et Société*, vol. 32, no. 3, p. 325-348.
- Zobel F., Marthaler M., *Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis. De A (Anchorage) à Z (Zürich)*, Lausanne, Addiction Suisse, 2016.

Numéro 02, décembre 2017

Prix de vente : 6€

Directeur de la publication

Jean-Pierre Couteron

Coordinatrice du numéro

Cécile Bettendorff

Comité éditorial

Sébastien Alexandre
Lilian Babé
Frédéric Brzozowski
Laurene Collard
Marie-Christine Fortin
Pascale Hensgens
Nathalie Latour
Lisa Massicotte
Jean-Félix Savary
Anik Tremblay
Joël Tremblay

Journaliste

Natalie Castetz

Conception graphique

Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression

5585 ex.
Imprimerie La Petite Presse