

En quoi la RdRD est-elle un nouveau paradigme ?

La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

Résumé

Depuis les années 1980-90, l’émergence de programmes de réduction des risques a conduit la société française à un véritable “changement de paradigme” dans l’approche des consommations des drogues. Aux postures morales (“il ne faut pas se droguer”) s’est progressivement substituée la recherche de solutions techniques permettant de porter assistance au plus grand nombre de “toxicomanes”. Pour autant, un changement de paradigme peut en cacher un autre. À mesure des années, ne se sont pas développés un, mais deux modèles de réduction des risques : l’un de type “addictologique” qui participe d’un changement de paradigme médical, et suscite aujourd’hui l’investissement public ; l’autre de type “socio-sanitaire”, dérivé de l’approche des communautés dites “déviantes”, qui tend à être peu à peu désinvesti. Ces deux modèles sont cependant complémentaires, et l’un ne doit pas être occulté au profit de l’autre. La dimension communautaire et d’intervention sociale de la réduction des risques doit être réaffirmée, et la place des usagers soutenue et réinventée dans le dispositif. De la réaffirmation de leur rôle dépend la capacité du dispositif à élaborer de nouvelles réponses, adaptées à l’émergence continue de nouvelles pratiques.

Mots-clés

Changement de paradigme – Médicalisation – Intervention sociale – Action communautaire – Place des usagers.

À l’initiative de la Fédération Française d’Addictologie, 7-8 avril 2016, Paris.

Summary

What makes risk and harm reduction a really new paradigm? Is the original orientation focusing predominantly on users contrary to its institutionalization?

Since the 1980’s and 90’s, emerging risk reduction programs have led to a true “paradigm shift” in the French society’s approach to drug use. Moralizing messages (“don’t use drugs”) have gradually been replaced by technical solutions enabling as many “drug addicts” as possible to get help. In addition, one paradigm shift may hide another. Over the years, not one but two risk reduction models have emerged: an “addictology” model that is driving a medical paradigm shift and gaining public support; and a “social welfare” model, derived from approaches to marginalized communities, which is gradually being left behind. Both models are complementary; one should not be abandoned to benefit the other. Risk reduction’s community dimensions and social interventions must be reaffirmed, the users’ role maintained and reinvented within the system. The system’s capacity to elaborate new answers, adapted to the ongoing emergence of new practices, is vital to reaffirming the user’s place within it.

Key words

Paradigm shift – Medical management – Social intervention – Community action – User’s role .

Beaucoup a été dit et écrit sur la première question, moins sur la seconde. Cette note se veut synthétique dans sa première partie : sans faire de retour systématique sur une littérature abondante, elle s'efforce de dessiner les tendances actuelles sur la base d'une sélection de sources et d'observations. Pour la seconde, l'usage de la littérature disponible et des publications du secteur (*Asud-Journal*, *Swaps*) a été complété par celui de notes de terrain (observation de débats consacrés à ces questions) et d'échanges avec des acteurs de terrain.

En quoi la réduction des risques est-elle un nouveau paradigme ?

Tout champ d'activité, surtout lorsqu'il émerge, cherche à s'auto-définir : à énoncer ses objectifs, clarifier les moyens dont il se dote, ses principes théoriques et éthiques, sa philosophie de l'action. Or, il ne peut échapper, à qui parcourt la littérature consacrée à la réduction des risques (RdR), que tous les commentateurs, qu'ils soient en position d'analyse ou acteurs de terrain, y voient d'abord un "changement de paradigme". Qu'entendent qualifier par là observateurs et acteurs ? On commencera ici par rappeler les lignes de force du tournant opéré dans les années 1980-90 par cette nouvelle approche des consommations de drogues. Puis, on s'interrogera sur le choix du terme "paradigme", avant de souligner les différenciations qui se sont opérées dans ce champ d'activité en France à mesure des 30 années qui nous séparent de l'apparition du sida et des premières mesures relevant alors d'une "préhistoire" de la RdR.

Ces trois décennies recouvrent en effet en France trois périodes très différentes. Une première d'émergence de ces nouvelles logiques sanitaires et sociales, qui s'expérimente et se formule surtout à l'étranger : l'autorisation en 1987 de la vente libre de seringues ouvre bien le système de santé français à une nouvelle approche de ces questions, mais dans une forme de "RdR sans le savoir" qui attend sa formalisation, et il faudra le début des années 1990 pour que se développent des expériences se revendiquant de cette approche. Une seconde que l'on peut qualifier d'"expérimentale", courant globalement de 1992-94 à 2002-04, où la RdR s'invente dans des programmes sanitaires et sociaux à statut plus ou moins expérimental et dérogatoire aux lois, en lien souvent étroit avec leurs usagers, et connaît des succès spectaculaires (en termes de baisse des overdoses et

des contaminations VIH notamment) qui n'empêchent pas les mises en cause répétées et une grande fragilité structurelle. Et une troisième que l'on peut qualifier d'"institutionnalisation", couvrant la période récente, ouverte par la reconnaissance officielle de cette approche socio-sanitaire des drogues illicites dans la loi de santé publique du 9 août 2004 et qui consolide le dispositif certes, mais en en forçant la médicalisation.

Par ailleurs, doivent également être prises en compte en toile de fond de cette histoire française des évolutions scientifiques et politiques majeures : l'apparition et la structuration progressives de la discipline addictologique, au tournant des XX^e et XXI^e siècles ; l'inclusion, à mesure des années, de la RdR dans le champ des recommandations officielles des plus hautes instances internationales (OMS, ONUSIDA, mais aussi l'Office des nations unies contre la drogue et le crime ou ONDUC), au vu des progressions épidémiques et des conséquences sanitaires d'une manière générale des consommations ; mais aussi une crise multiforme, à l'international, des politiques de prohibition des drogues (incapacité à enrayer la progression des consommations, retombées négatives sur la santé des populations et l'équilibre politique de sociétés entières), conduisant à la multiplication des prises de position publiques pour un changement d'orientation des politiques des drogues, appuyées bien souvent sur la nécessité de "réduire les risques" sanitaires et sociaux associés aux consommations plutôt qu'en augmenter l'amplitude au travers de guerres déclarées aux drogues et aux drogués (Déclaration de Vienne à l'été 2010, prises de position de prix Nobel d'économie en mai 2014, etc.). En un quart, voire un tiers de siècle, la RdR a donc connu des changements de contextes locaux et internationaux d'importance et les paradigmes d'intervention s'y sont à la fois spécifiés et différenciés. Il importe aujourd'hui de prendre en compte ces évolutions, si l'on veut comprendre le paysage actuel et les différents systèmes de pensée ou philosophies de l'action qui l'animent.

De la répression des consommations aux logiques de santé publique

En quoi et jusqu'où la RdR est-elle un nouveau paradigme dans le champ des conduites addictives ? Chacun a en mémoire le paradigme de régulation sociétale des drogues et des phénomènes de dépendance du siècle dernier, basé sur deux grands principes : la prohibition, au plan légal, d'une grande part des substances psycho-

tropes, strictement interdites à la consommation, la production et la vente ; et l'abstinence, au plan du soin, comme réponse aux problèmes d'excès et de dépendance. Pour les consommateurs de substances illicites, dont le nombre va croissant en Europe à partir de la fin des années 1960, il n'est pas rare que ce couple prohibition/abstinence ait des effets dramatiques : spirales de paupérisation et/ou parcours déviants (en raison notamment des coûts des produits sur le marché noir), séjours en prison, hôpital psychiatrique, cures d'électrochocs, sevrages et échecs de sevrage à répétition, "décrochages à la dure" et parfois maltraitance dans les centres du Patriarcat... Entre la pénalisation de leurs pratiques, la violence des jugements moraux qu'ils subissent (sur leurs choix de consommation comme sur leur "manque de volonté" d'en sortir) et l'intense stigmatisation sociale dont ils font l'objet, un grand nombre de sujets se trouvent en situation d'impasse et de rupture sociale.

Si l'on peut caractériser en une phrase la "révolution" opérée au début des années 1990 par la RdR, son geste sera de déplacer la question des drogues des champs pénal et moral dans le champ de la santé publique. Dans le contexte en France d'un tournant répressif et d'une criminalisation croissante des consommations de "stupéfiants" (sans entrer dans le détail, on rappellera que la première vague de diffusion du sida y est contemporaine d'un durcissement législatif sans précédent à l'égard des "usagers-revendeurs" et que la libéralisation de la vente des seringues réclamée par la ministre de la Santé Michèle Barzach vient contredire en 1986 l'appel de son collègue de l'Intérieur Albin Chalandon à construire de nouvelles prisons permettant d'enfermer le plus grand nombre de "toxicomanes"), ce geste est lié à la prise de conscience de l'impact du sida sur les milieux de consommateurs et "de l'exclusion de toute prévention, et de tout accès aux soins, de pans entiers de la population des toxicomanes" (1). Outre la prise de conscience de ce qui sera qualifié ensuite de "catastrophe sanitaire et sociale" (2), on a pu souligner après coup que l'époque se prêtait aux changements de paradigme : dans le dernier quart du XX^e siècle, la médecine connaît des renversements de perspective dépassant le seul champ de la toxicomanie, où se font jour des logiques de santé publique qui gagnent peu à peu en influence. "Premier déplacement, disait en résumé Robert Castel, de l'éradication de la maladie à la préservation de la santé. Deuxième déplacement, corrélatif : remplacer un modèle curatif par un modèle préventif". "Prévenir" devient dès lors "une

ambition tout aussi légitime et valorisée que guérir" (3). Par ailleurs, se développe dans la même période une pensée de la prévention et des transformations sociales en termes de risque qui servira elle aussi d'arrière-fond aux grands changements paradigmatiques de la pensée des drogues de la période récente (4). Mais reste que dans le contexte de durcissement répressif de la fin des années 1990, une "politique privilégiant, avant toute autre considération, des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, etc.) et sociaux (exclusion, précarité, etc.) liés à l'usage de psychotropes et particulièrement de drogues illicites" (1) ne pouvait que perturber très fortement les lignes. Le changement de perspective déclinera une série de ruptures en cascade dont on retiendra cinq ici, qui peuvent être considérées comme principales :

1) D'un point de vue politique, les programmes de RdR rompent avec l'objectif d'éradication des drogues interdites : dès lors qu'ils s'efforcent d'en border les effets sanitaires et sociaux, ils prennent acte, de fait, des consommations existantes. L'irruption d'une logique de santé publique fait par ailleurs basculer les centres de gravité de la morale publique de l'impératif de dissuasion des individus déviants – "ne rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes" (5) – vers celui de "ne pas se résigner à l'impuissance" face aux dangers auxquels ces derniers s'exposent (6).

2) D'un point de vue moral, ils rompent, sinon avec la criminalisation, au moins avec la condamnation morale des consommations, même si le statut illégal de certains produits continue de créer des interférences avec les logiques de soin ou d'accompagnement social. Le principe de "suspension du jugement", familier de l'éthique médicale, servira de posture éthique pour l'ensemble du secteur.

3) D'un point de vue thérapeutique, ils s'émancipent de l'impératif du sevrage, entendu comme objectif et modalité uniques du soin, pour proposer une palette de possibilités, de la prise en charge de problèmes somatiques (soin du sida par exemple) à l'offre d'outils de prévention (échange de seringues), l'aide à gérer des problèmes de dépendance (substitution) ou au simple accompagnement social.

4) Du point de vue de la prévention, ils rompent avec l'univocité du *just say no* de campagnes de "prévention primaire" destinées à dissuader de franchir le pas de la consommation pour leur préférer le *security first* ou

le *safety first* de la “prévention secondaire”, attachée à prévenir les problèmes de santé.

5) Du point de vue de la méthode enfin, l’optique générale est celle du pragmatisme, la question n’étant plus celle du “pourquoi” mais celle du “comment faire ici et maintenant” pour parer à l’urgence et améliorer la situation des individus. La prise en compte des sujets est par ailleurs posée comme centrale : les consommateurs sont placés au centre de la décision et considérés comme les premiers “acteurs de leur santé”, rien ne pouvant se faire sans eux.

Plus largement, c’est donc la façon entière d’aborder les contrôles sociétaux de la consommation de substances psychoactives qui change avec l’adoption du point de vue de la RdR. Un petit livre contemporain de ces bouleversements, basé sur l’étude de rapports officiels et intitulé *Drogues, le défi hollandais*, de Stengers et Ralet (6), décrivait en 1991 l’écart entre ce qui était incarné alors, d’un côté par la politique française, de l’autre par la politique néerlandaise des drogues : d’un côté, une politique construite sur “*le choix éthique d’un refus de l’inacceptable*”, dont l’objectif était de donner force de loi à un consensus moral : “*il ne faut pas se droguer*” ; de l’autre, une position technique du problème permettant, après avoir pris acte non seulement de la dangerosité des infections virales, mais de “*la position socialement défavorisée des toxicomanes*”, d’atteindre et de porter assistance au plus possible d’entre eux, quels que soient leurs choix de vie et leur éloignement de la norme commune. C’est ce changement radical de posture éthique et politico-pratique face à des comportements prohibés qui explique qu’acteurs et observateurs parlent de changement de “paradigme” : résoudre un problème technique requiert de tout autres dispositions que défendre une posture morale. Changer de “paradigme” doit être entendu ici comme changer de “représentation du monde” autant que changer d’“épistémè” (Michel Foucault). C’est adopter une autre “*façon de faire, de dire et de penser les drogues*” (7), et c’est pourquoi aussi la RdR se donne tout à la fois pour ses acteurs, et selon les moments ou les plumes qui la caractérisent, comme une “politique”, une “stratégie de changement” (1), une “pensée” en elle-même (8), voire “*un système de pensée (...) qui, progressivement, transforme les idées, les conceptions, les pratiques de prévention et de soins et – plus difficilement – les politiques des États*” (9). Son caractère de pragmatique d’action est inscrit dans sa définition. Savoir-faire en mutation permanente, constamment bousculée par les exigences du terrain, par nature expérimentale et

évolutive, la RdR est appelée à se redéfinir sans cesse et son périmètre lui-même peut varier en fonction des contextes et des problèmes pris en considération : de la limitation originelle des risques de dissémination du VIH, il peut s’étendre à la limitation des risques sociaux, économiques, relationnels liés aux drogues, comme à celle des “*risques liés aux politiques des drogues*” (1, 10).

Un changement de paradigme ou plusieurs ?

Pour autant, il faut sans doute relativiser l’impact de ce changement de paradigme et le resituer dans un contexte plus large. D’un côté, on rappellera que des formes de “réduction des risques” existent de longue date : contrôler la qualité des boissons alcoolisées, “apprendre à boire” aux jeunes gens, standardiser les dosages en jouant sur le format des verres, sanctionner des comportements inappropriés comme la conduite en état d’ivresse, relèvent de logiques ou de procédés de “réduction des risques” et rappellent que depuis toujours l’usage de substances psychoactives fait et a fait l’objet de régulations sociétales, dès lors qu’elles sont assimilées au plan culturel. D’un autre côté, l’apparition d’un nouveau paradigme de pensée n’empêche pas la survivance des anciens. Des représentations divergentes des drogues, légales ou illégales, des phénomènes de dépendance ou des réponses à y apporter coexistent aujourd’hui dans nos sociétés, et l’on sait le fort impact aujourd’hui des postures de condamnation morale à l’égard des “toxicomanes”, les refus réitérés d’une partie de la classe politique et de la société d’accepter “l’inacceptable” que représenterait la délivrance de matériel stérile, ou la très forte prégnance de l’idéal d’abstinence dans les modèles de “sortie” de dépendance, alors même que s’éprouvent aujourd’hui d’autres types d’expérience et de réalité.

Par ailleurs, en 20 à 30 ans d’existence, le champ de la RdR a vu se diversifier les stratégies et les options, et il se peut qu’un changement de paradigme en cache aujourd’hui un autre, et que différents modèles de RdR s’emboîtent ou se juxtaposent, sinon se fassent mutuellement de l’ombre.

Sans anticiper ni mordre sur la contribution de Marie Jauffret-Roustide, qui reviendra sur les différents modèles de RdR dans une perspective, je le suppose (11), plus institutionnelle et faisant place à la comparaison internationale, on peut voir le signe et l’expression de ces évolutions sur le terrain français dans la parution récente de deux livres, qui développent chacun à leur

façon une conception de la RdR : celle en 2012 d'un *Aide-mémoire de la réduction des risques* dirigé par Morel, Chappard et Couteron chez Dunod (9) – qui fait suite à la parution deux ans auparavant, chez le même éditeur, d'un *Aide-mémoire de l'addictologie* dirigé par une équipe approchante –, puis celle en 2013 d'une publication de Médecins du monde intitulée *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social* (12). Ces deux ouvrages, qui l'un et l'autre font le point sur les pratiques et les principes d'action de leur secteur, élargissent l'un comme l'autre le champ de la RdR, mais de façon différente et significative : le premier aux autres "conduites addictives" que sont le jeu, une sexualité intensive, internet, etc. ; le second aux autres domaines susceptibles d'exposer à des risques sanitaires et sociaux que sont certaines pratiques sexuelles, la prostitution ou la condition de migrant.

Le premier ouvrage expose les fondamentaux d'une conception "addictologique" de la RdR, orientée par et vers le soin des addictions, et appuyée sur une série de bouleversements des modèles de pensée de la consommation de substances psychoactives et de la dépendance, qui sont ceux de cette discipline, parmi lesquels on retiendra : l'extension tout d'abord du champ des "drogues" et de la "toxicomanie" aux drogues légales ; le recentrage étiologique sur le comportement plutôt que sur les produits et l'élargissement du champ à d'autres pathologies du comportement ; et pour ce qui concerne notre domaine, l'ouverture de divers chantiers théoriques et cliniques, en lien avec les acquis de la RdR et le renoncement au dogme de l'abstinence, sur les pratiques d'auto-changement et la régulation des consommations, accompagnée ou non de prescription de produits de substitution. Le contexte de cette approche de la RdR est celui d'une médicalisation de la consommation de substances psychoactives et de comportements divers susceptibles de se voir qualifier de "conduites addictives" (jeu, sexualité intensive, usages intensifs d'internet). Son horizon, celui de la construction de la discipline addictologique, la RdR y prenant sa place dans un continuum intégrant les différentes propositions d'accompagnement des "conduites addictives", de la prévention jusqu'au soin.

Le second ouvrage quant à lui rend compte d'une démarche fidèle à la conception "historique" de la RdR, et orientée par et vers la nécessité de traiter des situations de risque socio-sanitaire et de maintenir le contact avec des pratiques et des populations tenues en marge pour des raisons symboliques (pratiques sexuelles) ou

juridico-sociales (usage de psychotropes illégaux, prostitution, personnes migrantes). Son approche s'appuie sur les principes de l'action "communautaire" : non-jugement, écoute, prise en compte des conditions de vie concrètes et des besoins exprimés et/ou élaborés par des collectifs d'usagers forment la condition d'efficacité des programmes et en constituent l'armature et le fil conducteur. Les actions co-élaborées avec les usagers le sont parfois sur fond de rejet explicite des discours de médicalisation, la définition de la "bonne santé" leur étant laissée (13). Le contexte de cette approche de la RdR est donc très différent de celui de l'approche "addictologique" : porté plus souvent par le secteur associatif que par le secteur institutionnel ou para-institutionnel (14), il est celui d'une préoccupation de santé publique plus que strictement "médicale", et son horizon est celui d'une transformation sociale, qui peut engager jusqu'à la revendication d'une transformation du cadre légal.

Sans entrer dans le détail d'une histoire dont la dynamique précise resterait à retracer avec plus de précision, on peut dire que cette différence exprime 20 ans d'activités menées sur des terrains différents, dans des contextes institutionnels différents et avec des options théoriques différentes. Et il semble que l'on n'ait pas aujourd'hui en France un modèle de RdR mais deux : d'un côté un modèle "addictologique" qui participe d'un changement de paradigme médical, de l'autre un modèle de type socio-sanitaire, dérivé d'un changement de paradigme de l'approche des communautés dites "déviantes" et marginalisées par leurs pratiques. Démarches différentes, même si bien sûr se jouent des passages et des circulations entre ces deux approches, dont les devenir sont différents et ne rencontrant pas les mêmes soutiens institutionnels.

Complémentarité ou rivalité des modèles ?

On pourrait considérer ces modèles d'intervention comme complémentaires et les laisser se développer parallèlement l'un à l'autre, l'un dans le champ médical, l'autre dans le champ social. Mais ce serait oublier qu'ils ne sont pas en situation d'égalité et que leur mise en œuvre est fortement tributaire de leur acceptabilité sociale et de leur environnement politique.

L'un et l'autre ont des atouts comme des faiblesses. La RdR "addictologique" représente un progrès dans l'approche médicale des consommations, en termes de

prise en compte de la complexité, de diversification des offres d'accompagnement, ou de cohérence du dispositif de prévention et de soin. Elle a le grand avantage par ailleurs de bénéficier d'une légitimité symbolique et d'une assise institutionnelle en lien avec l'institution médicale, comme de l'écoute des pouvoirs publics. Mais elle peine à élargir sa portée du point de vue de la prévention de problèmes de santé publique : son discours et son cadre théoriques suscitent en effet les réticences de ceux – et ils sont nombreux – qui, consommant, ne se considèrent pas pour autant comme ayant des “conduites addictives”, désavouent d'une manière générale la médicalisation des consommations de substances psychoactives, ou craignant l'“ingérence” de soignants dans leurs pratiques de consommation, se tiennent à l'écart du système médical (15).

Les programmes perpétuant les principes de la RdR “historique” bénéficient à l'inverse aux yeux des consommateurs de la neutralité d'un discours technique et ajusté aux besoins qu'ils expriment, et ont l'avantage d'un savoir-faire méthodologique susceptible de leur permettre d'atteindre des publics éloignés. Ils paraissent plus à même de rester en prise avec des pratiques de consommation qui se définissent comme échappant à l'emprise médicale, à condition de garder les moyens d'une constante évolution ou remise en question. Mais ce mouvement souffre d'un manque de légitimité institutionnelle, lié au statut symbolique de ses objets, et reste structurellement fragile. Des preuves lui étant demandées sans cesse de conformation tantôt aux priorités définies par les institutions médicales (cf. l'intégration du dispositif dans l'institution socio-sanitaire en 2004 et son recentrement des programmes sur la RdR infectieux), tantôt aux normes juridiques (cf. l'interdiction de certaines extensions de ses activités, comme le testing, ou les jeux de négociation parfois infinis d'autorisations légales dérogatoires pour pouvoir en proposer d'autres, comme l'ouverture de salles de consommation), il peine à faire face aux problèmes qui se présentent, et les soutiens financiers lui font à l'occasion défaut.

L'Association française de réduction des risques (AFR), créée en 1998 dans le sillage du mouvement Limiter la casse, a incarné jusqu'à il y a peu en France l'expression et le soutien à ce pôle “historique” de la RdR. À l'occasion de sa disparition toute récente (ou imminente, elle est au moment où s'écrivent ces lignes en procédure de liquidation judiciaire en raison de difficultés financières), deux de ses salariés ont diffusé une lettre à ses adhérents. Son texte dressait parmi d'autres le constat

suisant : “*Au moment de l'inscription légale de la RdR infectieuse dans le Code de la santé publique (...) le procès de Techno+, celui de la légitimité des consommateurs dans une RdR institutionnelle, laissait apparaître, derrière le consensus politique des acteurs de la RdR, des visions très différentes sur la gestion des drogues et la place de ceux qui les utilisent dans notre société. Punir ou ne pas punir ces derniers, de quelque façon que ce soit. Leur laisser ou pas le pouvoir de décider pour eux-mêmes. Voilà les lignes de démarcation*” (16).

Pour conclure, un point de vue un peu distant pourrait laisser penser que les 20 dernières années ont vu s'écrire une histoire “naturelle” des politiques de RdR en France débouchant sur leur médicalisation progressive, et l'absorption d'une forme de RdR “historique” par une autre, la seconde englobant et dépassant la précédente. Mais il semble que l'histoire ne soit pas si linéaire et que cohabitent plutôt des modèles d'intervention médicale et sociale différents. Si les acquis du mouvement historique de la RdR ont été intégrés avec profit dans le champ médical, une autre voie doit pouvoir subsister et continuer d'œuvrer à l'accès aux soins de tous, quelle que soit la place qui leur est faite dans nos sociétés. Peut-être nous faut-il réfléchir aujourd'hui à ce que l'on perd à sacrifier une approche au profit de l'autre.

La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

“Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

(...)

Réorientation des services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.” (17)

En 1986, la Charte d'Ottawa inscrivait au titre des *“Actions pour promouvoir la santé”* un *“renforcement de l'action communautaire”* et soulignait l'importance de la participation des groupes concernés par des actions de santé à leur mise en œuvre (18), du début à la fin du processus : définition des priorités, choix des stratégies adoptées, élaboration concrète des réponses, mise en œuvre sur le terrain.

Comme l'ont décrit de nombreux auteurs ou acteurs de terrain (7, 19, 20), c'est ce recours à l'alliance avec les usagers et à l'action communautaire qui a fondé historiquement la RdR liée aux consommations de drogues, dans un double mouvement de réaction à l'irruption de sida. D'une part, *“pour la première fois dans l'histoire des épidémies, la lutte contre le sida a fait appel à la responsabilité individuelle et collective, un choix qui repose sur la capacité des personnes exposées au risque de contamination de changer leurs comportements”*, et les premiers programmes expérimentés montrent que les consommateurs de drogues sont, malgré les nombreuses représentations négatives qu'on en a, en mesure de participer de ce mouvement dès lors qu'on leur en donne les moyens. D'autre part, les premiers acteurs mobilisés contre l'épidémie font le choix, dans un parti pris de pragmatisme, de *“rechercher les réponses aux problèmes avec “les personnes directement concernées”, c'est-à-dire, ici, les usagers qui n'avaient pas renoncé à consommer des drogues”* (21) et de s'appuyer sur eux pour construire les réponses les plus adéquates et trouver les moyens d'en diffuser le message et les outils. Le soutien aux associations d'auto-soutien a ainsi fait partie des premières mesures politiques de RdR en France, avec la mise à disposition de seringues, de produits de substitution et l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues. Il a fait aussi de la RdR l'*“une des rares politiques de santé en France à avoir mis en œuvre le principe de promotion de la santé et de participation communautaire”* (21).

20 ans plus tard, l'évidence de cette alliance n'est plus acquise, et la place des usagers dans le dispositif paraît en souffrance. L'expression des consommateurs de produits illicites continuant de passer pour dangereuse, le principe d'une éducation par les pairs est souvent décrédibilisé. L'institutionnalisation du dispositif, en imposant des profils de recrutement conformes aux normes du médico-social, a restreint l'intégration de consommateurs ou ex-consommateurs dans les équipes, et ceux qui y travaillent malgré tout sont non seulement pris dans des tensions contradictoires (revendiquer ou non leurs consommations, entretenir des liens avec les

cultures de l'usage et/ou s'approprier la culture soignante), mais souvent trop isolés pour trouver les appuis nécessaires à la pleine réalisation de leur rôle. Les nouveaux savoirs et savoir-faire addictologiques s'étant globalement stabilisés du côté des sciences médicales, les professionnels ressentent de moins en moins la nécessité de solliciter l'expertise collective de leurs patients (21). Enfin l'auto-soutien a fortement régressé depuis les années 1990, les associations communautaires sont peu nombreuses, et leurs actions restent peu visibles et soutenues. Comme le constataient il y a quelques années des acteurs de terrain, *“la conjonction de la fin de l'urgence sanitaire du sida et de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques (...) a fragilisé cette alliance singulière”*, autant qu'elle a *“compliqué le contact avec les nouvelles générations”* (22).

Comment repenser les modalités d'une alliance aujourd'hui encore indispensable dans le cadre d'un dispositif en grande part institutionnalisé ? On commencera ici par rappeler pourquoi l'alliance avec les usagers reste déterminante. Puis, on abordera la question de l'institutionnalisation de leur place dans le dispositif et des formes du soutien qui pourrait lui être apporté.

Pourquoi la place des usagers est et reste déterminante dans la réduction des risques

“Ce qui a fait l'extraordinaire efficacité des politiques de réduction des risques liés à l'usage, c'est qu'elles ont pris acte de l'expérience de la consommation en y ajoutant les acquis d'une expertise scientifique et médicale. Les outils de la réduction des risques sont le résultat d'une alliance entre usagers, praticiens et chercheurs.” (23)

Les consommations de produits psychoactifs ont toujours connu des régulations. De tous temps, leurs usagers ont appris ou apprennent à en contrôler autant que possible les effets au travers de dosages et de fréquences, se transmettent les modes d'emploi minimaux qui permettent de protéger leur santé (ou au moins de bien vivre leurs consommations), s'assistent au besoin mutuellement pour sécuriser les expériences, ou évitent certaines activités sous effets de produits pour en limiter les risques (23, 24). Mais l'usage de produits illégaux ou détournés de leurs fonctions médicales met en porte-à-faux avec la loi comme avec la médecine, et ces subcultures d'usage des produits se développent en marge des savoirs tolérés, invisibles et/ou dévalués par les cultures dominantes. Illisibilité, stigmatisation,

condamnations non seulement symboliques mais parfois pénales, conflits de légitimité entre cultures d'usage et culture médicale, méfiance de l'institution, crainte du jugement ou de l'ingérence médicale dans les consommations : les raisons sont nombreuses pour les consommateurs de se tenir à l'écart du système sanitaire tant qu'ils le peuvent, comme elles sont nombreuses pour les intervenants sociaux et les soignants de déjuger leurs patients et de renoncer souvent à comprendre (25).

Face à une telle distance, qui tend en outre à se creuser à mesure de l'institutionnalisation du dispositif (26), "adopter une attitude de non-jugement" ne suffit pas (27). Maintenir l'alliance avec des usagers est et reste indispensable. Eux seuls sont en mesure d'approcher le concret des pratiques et de suivre des consommations en constante évolution, très fortement réactives aux changements de contextes (aussi bien culturels que liés aux restructurations du marché des drogues, de l'offre sanitaire, etc.) et mutant avec les époques et les générations. Eux seuls disposent des "compétences pharmacologiques (effets des produits), sociales (connaissance des réseaux d'usagers), techniques (pratiques de consommation), morales (codes spécifiques au monde des usagers)" (28) qui leur permettent tout à la fois d'identifier les problèmes sanitaires potentiels, d'y construire des réponses, en lien avec médecins et chercheurs, de relayer les informations utiles auprès des consommateurs et de les accompagner dans leurs trajectoires d'usage ou de RdR. L'alliance doit donc être recherchée et construite avec eux dès l'amont, et non comme seul aboutissement des programmes de RdR. Elle constitue un point de départ et une méthode de la RdR.

Sans revenir sur une histoire déjà décrite par d'autres (7), on se souviendra de l'initiative du Bus des femmes, en 1986-87, portée par et avec des femmes prostituées (parmi lesquelles des consommatrices de drogues), s'adressant au ministre de la Santé pour faire valoir leur propre mobilisation contre l'épidémie de sida et les droits qui leur permettraient de la renforcer, et débouchant en 1990 sur la première action communautaire en France : un "Bus des femmes" géré par des femmes relais et proposant un programme de "prévention par les pairs". Bien d'autres associations ou programmes de RdR se sont formés depuis sur le même type d'impulsion, et enchaînant, dans un même processus, prise en compte d'un problème, élaboration d'une réponse communautaire, puis quête si nécessaire de soutiens et/ou d'alliances avec des partenaires (médecins, chercheurs, autorités publiques) à même de renforcer l'action

entreprise en lui associant d'autres compétences. Ainsi, l'association Techno+ est-elle née en 1995 du désir d'un petit groupe de ravers de compiler et de partager des informations "claires et objectives" sur les produits qu'ils consommaient ou voyaient consommer autour d'eux, avant d'établir des liens avec AIDES et Drogues info service, puis de demander, quelques années après, un soutien à la MILDT (29). Le groupe d'auto-soutien en ligne Psychoactif s'est-il formé en 2006 sur le "constat de l'absence de groupe de parole d'usagers actifs pour parler de sa gestion de consommation, de la réduction des risques, des traitements de substitution", et est-il géré aujourd'hui par une équipe de modérateurs et d'animateurs usagers et ex-usagers de drogues, s'associant à l'occasion les compétences de médecins ou de pharmaciens à même de compléter leurs réponses. Ou l'association communautaire Not for human a-t-elle été créée en 2013, là encore par des bénévoles, pour promouvoir des messages de RdR fiables et aussi documentés que possible sur les nouvelles substances psychoactives – en amont même de la production de données validées, encore inexistantes (30) – et faire en sorte qu'ils soient diffusés sur les lieux mêmes où ils s'échangent et se discutent, à savoir les forums de discussion en ligne (spécialisés mais aussi généralistes, comme Doctissimo) (31).

Les consommateurs et ex-consommateurs sont donc d'abord pour le dispositif une force d'innovation et de proposition. Mais ils y jouent aussi d'autres rôles essentiels, qui découlent de leur connaissance des mondes de la consommation et des conditions concrètes de l'usage, comme de leur capacité à accéder aux réseaux de consommateurs : un rôle d'expertise critique, qui va de la contribution à la mise au point de nouveaux outils de RdR (pipe à crack, filtre toupie, etc.), à la co-élaboration des programmes ou de leurs orientations ; un rôle de diffusion des informations, des nouveaux matériels ou des normes d'usage à moindre risque dans les milieux de consommateurs, exercé tantôt sur le terrain, tantôt au travers des outils d'information dont disposent leurs associations : flyers (Techno+, ASUD), journaux (ASUD), sites internet (Psychoactif, ASUD, etc.) ; ainsi qu'un rôle d'accompagnement et de renforcement des capacités d'action (*empowerment*) de leurs pairs, exercé tant au plan individuel – sous la forme de conseils sur les consommations (*counselling*), d'aide à l'orientation dans le monde socio-sanitaire, ou de partage d'expériences de la domination et du "savoir-y-faire" avec les institutions (du soin, de l'accompagnement social, judiciaires ou policières) (32) – qu'au plan collectif, les associations d'auto-soutien fournissant le point d'appui d'une culture com-

mune et d'un travail identitaire renforçant les capacités des individus (33) autant que des revendications collectives.

Pour centraux qu'ils soient pour le dispositif, ces quatre rôles sont pourtant précaires. Ils s'exercent paradoxalement de façon plus ou moins visible, mal perçue souvent depuis le champ médico-social, et bénéficient de formes de soutien et de reconnaissance variables. Bon nombre des consommateurs qui s'engagent dans ces activités le font de façon militante ou "informelle" (non rémunérée, voire non reconnue) : c'est le cas souvent de la prise en charge de stands de prévention dans les fêtes techno, de la veille ou de l'animation de forums sur internet, ou de la participation par exemple aux dispositifs de recueil de données Trend et Sintès (34). D'autres de façon plus officielle et/ou formalisée au sein d'associations d'auto-support (ces fonctions faisant alors l'objet, sinon de rémunération, au moins de reconnaissance symbolique) : lorsque leurs membres représentent les usagers dans des instances administratives ou commissions diverses, ou animent les médias de leurs associations par exemple (*Asud-Journal*, sites et forums). D'autres enfin exercent ces fonctions dans un cadre professionnel lorsque, "usagers salariés" du secteur, il jouent ces différents rôles au sein d'une structure médico-sociale : alerte et repérage de difficultés individuelles aussi bien que de phénomènes collectifs survenant dans l'environnement de la structure ; co-élaboration critique (repérage des ressentis et de "ce qui se dit" du côté des consommateurs au sujet des programmes, facilitation des allers-retours critiques, de l'expression des usagers et de la bonne réception de leurs avis au sein des structures) ; rôles d'accompagnement déjà décrits (*counselling*, etc.) ; ou encore fonctions d'*outreach*, leur familiarité avec les mondes de l'usage en faisant les mieux placés pour défricher de nouveaux terrains et "aller vers" les consommateurs éloignés du soin.

La place des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

La "place originelle" des usagers est et reste donc bien "déterminante" dans le dispositif de la RdR. Mais elle n'y est plus soutenue aujourd'hui que partiellement et, si l'on peut dire, du bout des doigts. Est-ce une fatalité qu'elle y reste si fragile, et y a-t-il à cela des raisons structurelles ?

Peut-on institutionnaliser un rôle en grande partie critique et/ou perçu comme subversif ?, pourrait-on

demander tout d'abord. La réticence procède bien souvent en effet de l'image négative dont souffrent les consommateurs de drogues, et la question doit être posée en premier lieu sur le plan légal, tant il semble que la tentation reste grande de limiter sans cesse le périmètre de leur rôle, en leur rappelant les interdictions qui leur sont faites. D'autres reviendront lors de cette Audition publique sur l'impact du cadre légal et réglementaire sur le dispositif (Yann Bisiou et Christian Ben Lakhdar). On se bornera donc ici à rappeler le frein que constituent pour l'ensemble du secteur, non seulement la condamnation pénale de la consommation de stupéfiants, mais celle de l'expression de leurs consommateurs (interdiction de présenter les drogues illégales sous un jour positif, article L3421-4 du Code de la santé publique). Outre les distorsions qu'inflige ce cadre d'interdiction légale au suivi thérapeutique et/ou social d'une part des usagers des programmes, et les menaces qu'il fait peser sur les pratiques privées de ses certains salariés (contribuant notamment à empêcher que celles-ci soient parlées dans les équipes), l'histoire de la RdR est émaillée de mesures de désaveu des associations d'auto-support – procès, retrait de subventions publiques, campagnes de dénigrement – qui ne cessent de les fragiliser, au détriment de l'ensemble du secteur.

Mais la question excède celle des interdits légaux. Capacité à innover et fonction critique ne tendent-elles pas à s'épuiser dans leur institutionnalisation, comme le veulent les jeux de pouvoirs internes aux institutions et le laissent penser les difficultés rencontrées par les usagers salariés à faire valoir logiques et points de vue de l'usage, dans des univers fortement médicalisés ? Aussi convaincante qu'elle soit, la question est pourtant peut-être mal posée, et l'on gagnerait sans doute à penser l'institutionnalisation de la place des usagers dans le dispositif en élargissant l'usage du terme à celui d'un soutien institutionnel à l'ensemble des lieux de leur représentation et de leurs initiatives.

Le dispositif de la RdR connaît aujourd'hui pour l'essentiel quatre modes de participation des usagers : la représentation des usagers des services dans des conseils de la vie sociale, depuis 2002 ; la présence de consommateurs ou d'ex-consommateurs professionnalisés ou semi-professionnalisés dans le dispositif médico-social (CAARUD et CSAPA) sous des statuts variables : "pairs aidants", "médiateurs de santé pairs", "moniteurs-éducateurs" ou "éducateurs spécialisés" lorsqu'ils ont passé les diplômes requis ; leur implication dans des associations communautaires ; et leur représentation au

travers d'associations d'auto-support – auxquels il faudrait ajouter, pour compléter le paysage, le rôle transversal des grandes associations nationales que sont l'AFR, AIDES ou Médecins du monde, associations sinon “communautaires” au sens strict, au moins fortement marquées par leurs liens avec les mondes de l'usage, qui offrent le support d'élaboration d'une culture collective de la RdR “socio-sanitaire” au travers de la mise en réseau des structures, de l'offre de formations professionnelles ou de l'organisation de rencontres nationales ou régionales permettant le croisement des expériences et la construction de perspectives théoriques, critiques et politiques.

Aujourd'hui, la réflexion sur l'institutionnalisation de la place des usagers se concentre sur les deux seules premières catégories. Institutionnaliser la place des usagers équivaut pour l'essentiel à professionnaliser quelques individus provenant des mondes de l'usage dans le dispositif socio-médical (offrir une validation des acquis de l'expérience à l'ex-consommateur que l'on embauche dans une structure) et à mettre en place des protocoles ou des référentiels élaborés avec leur aide, tout en tentant de faire fonctionner tant bien que mal des conseils de la vie sociale. Mais cette réponse, qui entrevoit bien ses limites, est partielle. D'autres voies pourraient être explorées. Sans prétendre apporter ici de solutions toutes faites – la mise en œuvre d'un chantier de réflexion collectif serait utile sur ces questions débattues de plus en plus souvent sur le terrain –, quelques axes de réflexion peuvent être proposés : d'un côté, il paraîtrait utile d'apporter un soutien aux usagers professionnalisés qui leur permette d'exercer leur difficile rôle de “pair” au sein des structures ; de l'autre, l'ensemble du secteur gagnerait à voir renforcer l'aide aux associations communautaires et/ou d'auto-support, aujourd'hui fragilisées par le manque de moyens. Jeter des ponts entre les deux pourrait également contribuer à consolider les deux parties.

Clarifier le rôle des usagers professionnalisés et les soutenir dans leurs fonctions

Comme dans les autres domaines du soin ou de l'action socio-sanitaire qui ont recours au service de “pairs” (santé mentale, personnes en situation de handicap), les médiateurs de santé et/ou usagers professionnalisés ont à assumer un rôle difficile. *“Appartenant aux deux mondes, celui des malades ou des ex-malades, et le monde des soignants, ils sont les témoins privilégiés des différences de points de vue et des ponts qu'il reste à construire entre*

ces deux mondes” (35). Mais ils ne bénéficient pas pour autant de la reconnaissance institutionnelle, ni de la reconnaissance de leurs “pairs” qui leur permettraient de maintenir cet équilibre sur la durée, et sont souvent en position fragile.

Première difficulté, celle d'un entre-deux difficile à tenir, à plus forte raison quand ces usagers salariés sont isolés dans leur service. Chargés de faire valoir des savoirs malgré tout dominés et stigmatisés, ils ont d'abord à défendre leur position face à l'institution. *“Qui a envie de travailler chaque jour au côté de ses failles ?”* interrogeait une activiste australienne (36). Les équipes d'éducateurs vivent parfois leur présence sur le mode de la rivalité (37), quand des médecins les ressentent comme une *“force de désordre”*, y voyant des *“porteurs de remise en cause de leur pratique clinique”* (32). Déléguer ce rôle à quelques individus isolés peut dès lors devenir synonyme de souffrance, à moins que les personnes, et on ne verrait guère comment leur reprocher, n'assimilent peu à peu la culture professionnelle des institutions qui les emploient, relâchant progressivement leurs liens dits “communautaires” et émoussant à mesure leurs capacités critiques ou de médiation.

Seconde difficulté, qui elle aussi peut être source d'inconfort et de souffrance : plutôt que des fonctions (d'alerte, de relais des informations, etc.), les discours sur l'emploi de salariés “pairs” dans le dispositif cherchent à professionnaliser – voire à essentialiser – chez eux une gamme de savoirs (“savoir-être”, “savoir-faire”, etc.) globalisés de façon plus ou moins approximative, qui amalgame au fond différents registres de compétences : capacités individuelles à l'empathie et à l'accompagnement ; savoirs d'usage basés sur leur expérience des produits, mais relevant en grande part de systèmes de savoirs collectifs (25) ; savoirs d'expérience dérivés d'un vécu de la maladie ou de parcours institutionnels, mais qui ne deviennent souvent partageables que lorsqu'ils ont pu être élaborés avec d'autres malades ou d'autres consommateurs... les genres se mêlent, l'indéfinition des compétences et des rôles nuisent à la légitimité des fonctions comme à celle des personnes, et l'on renvoie du côté de la capacité individuelle des compétences qui, on l'a oublié, mobilisaient aux premières heures de la lutte contre le sida un savoir collectif de malades et/ou de consommateurs de drogues, construit dans la confrontation des expériences et la discussion.

Non seulement les usagers sont donc aujourd'hui peu nombreux dans le secteur médico-social, mais leur iso-

lement fait problème. Il les fragilise autant qu'il limite la portée de leur action. D'un côté, tenir leur rôle est difficile ; de l'autre, l'écart se creuse entre le dispositif médico-social et le "hors champ" que forment pour lui les nouvelles pratiques et les nouvelles générations, toujours moins visibles depuis l'institution. À défaut de pouvoir augmenter leurs effectifs, accompagner ces salariés-pairs, les former et les mettre en réseau permettraient de les soutenir dans l'exercice de leurs fonctions. L'institution de liens avec des associations d'auto-support ou des associations communautaires référentes, voire des systèmes de double tutelle pourraient être envisagés, qui leur permettraient de consolider leur position et favoriseraient la sensibilisation des structures à des réalités sociales de l'usage qui excèdent la perspective médicale.

Une recherche-action pourrait être montée sur ces questions : en prenant appui, d'une part, sur la définition de leurs problèmes et de leurs besoins par les usagers salariés eux-mêmes, d'autre part, sur un recensement des expériences menées à l'international, elle aurait pour tâche de formuler et de mettre en débat des propositions en ce sens.

Renforcer le soutien aux associations communautaires et d'auto-support

Le soutien aux associations communautaires et d'auto-support doit par ailleurs être renforcé. On l'a vu, ces associations forment la tête de pont de l'identification des problèmes émergents et de l'innovation en matière de RdR. Non seulement leur diversification est nécessaire, pour répondre à la diversité des usages et des contextes, mais c'est bien souvent de leur mobilisation spontanée – en d'autres termes de la société civile, plutôt que de l'institution médico-sociale – que surgissent des actions susceptibles de répondre aux besoins identifiés dans et par les réseaux de consommateurs. Prises entre des restrictions budgétaires croissantes et la réticence des institutions à accompagner les initiatives nouvelles, ces associations s'épuisent cependant, et le risque est grand de voir disparaître cette composante indispensable du dispositif. Trois axes de travail devraient être explorés :

1) La consolidation du secteur de l'auto-support et de la santé communautaire : pour les raisons déjà évoquées, non seulement la pérennisation des associations d'auto-support existantes (ASUD, Techno+, Psychoactif, pour ne citer que les principales), mais le soutien aux associations émergentes, dès lors qu'elles portent des projets conformes aux objectifs du secteur, la reconnaissance

des projets de santé communautaires construits et dégagés sur le terrain, et une aide à la diversification des structures et programmes communautaires sont aujourd'hui nécessaires. On s'étonnera, pour ne prendre que cet exemple, de l'absence paradoxale de financement public de Not for human, aujourd'hui fragilisé par quatre ans de fonctionnement exclusivement bénévole, alors que le plan MILDECA 2013-17 défendait parmi ses axes prioritaires "*l'expérimentation de nouvelles modalités d'action pour aller à la rencontre des jeunes sur internet*".

2) La mutualisation des outils et des ressources : le soutien aux associations du secteur devrait également comprendre un appui logistique, à plus forte raison quand ces dernières émergent. Entièrement absorbées ou presque, le plus souvent, par les tâches de terrain, la plupart souffrent de manque de connaissance du paysage institutionnel, de culture administrative ou de compétences disponibles pour faire face aux exigences sans fin de la constitution de dossiers de financements. Cet appui peut (il a pu déjà) s'exprimer sous la forme de solidarités inter-associatives, mais il ne devrait pas être laissé à la seule responsabilité d'autres associations. On a déjà noté plus haut, par ailleurs, la disparition dommageable de l'AFR. L'importance de ce lieu de synthèse et de croisement des expériences, mais aussi de formation et de réflexion, n'a sans doute pas été suffisamment mesurée. On peut déplorer que le soutien des pouvoirs publics lui ait fait défaut dans les dernières années.

3) Le décloisonnement des secteurs institutionnel et de l'auto-support : outre les partenariats déjà proposés entre structures médico-sociales et associations d'auto-support pour soutenir les salariés-pairs du dispositif, d'autres modes de collaboration pourraient être explorés, comme la sollicitation de missions d'intervention ou d'expertise auprès d'associations par le secteur institutionnel. Ce mode d'intervention a été expérimenté à l'étranger dans d'autres domaines (auto-support de détenus en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves). Il est utile pour réduire la distance entre cultures institutionnelles et cultures "déviantes", dont l'expression est entravée par des phénomènes de domination (incompréhension, défiance, refus de la discussion, etc.). Les associations, sollicitées par des institutions exposées à des difficultés internes ou externes, y proposent des méthodes d'intervention permettant aux usagers de participer aux réponses qui les concernent (38).

Ces trois pistes ne forment que quelques-unes parmi d'autres. L'objectif doit dans tous les cas être de réinventer une place aux usagers et à leurs représentants, dans un dispositif qui voit peu à peu se raréfier leur voix. Il y a quelques années, un constat encore plus d'actualité aujourd'hui qu'hier pouvait être dressé : *"Fers de lance de la prise en compte politique et pratique des savoirs d'usage, [les] associations [d'auto-support et de santé communautaire] n'ont ni reconnaissance institutionnelle, ni stabilité financière, ni légitimité. Montrées du doigt pour "incitation à l'usage", mises sur la sellette par le rapport sénatorial "Drogues, l'autre cancer" en 2003, elles ont même été accusées par 70 parlementaires de "mettre en œuvre" des "stratégies de banalisation des drogues et d'apprentissage à se droguer "proprement" ou de "présenter sous un jour favorable" les drogues. (...) Cette involution des rapports entre un secteur professionnel et ses usagers rappelle celle des premiers centres d'accueil. Ces derniers intégraient au début des années 1970 des "ex-toxicomanes", avant d'être peu à peu coupés des savoirs et pratiques de consommation, notamment par une accumulation de contraintes réglementaires. Ils seront alors dépassés par le mouvement de la réduction des risques qui, à son tour, innovera et intégrera des usagers. Mais le manque de soutien institutionnel, politique, économique à la présence d'usagers au cœur même du dispositif, expose la réduction des risques à perdre de sa force, liée pour une très grande part à la diversification des acteurs et à la mutualisation des compétences entre usagers, professionnels du soin et chercheurs"* (39).

20 ans après l'émergence du mouvement de RdR, l'histoire semble se répéter. Comment réinsuffler dans le dispositif une capacité à l'*empowerment*, c'est-à-dire à la *"production collective de subjectivité"* (Félix Guattari), qui peu à peu s'épuise ? La fragilisation de la dimension communautaire du secteur est sans doute moins liée aujourd'hui à son institutionnalisation qu'à un défaut de soutien institutionnel à la participation des usagers à son dispositif. Mais soutenir les associations communautaires et d'auto-support suppose avant tout d'accepter d'entendre la voix toujours un peu discordante des usagers.

Conclusion

La RdR liée aux drogues a aujourd'hui une histoire longue de 20 à 30 ans en France. De sa structuration progressive n'ont pas émergé deux courants dont l'un aurait succédé à l'autre en l'englobant et en le dépassant,

mais deux pratiques et deux conceptions distinctes de la RdR, portées par des acteurs différents, en direction de publics tendanciellement différents : l'une que l'on peut qualifier d'addictologique, sous-branche de l'addictologie, et modalité de prise en charge de problèmes d'addiction qui s'inscrit dans un continuum de réponses médicales allant de la prévention au soin de la dépendance ; l'autre perpétuant des préoccupations de santé publique apparues dans le sillage de l'épidémie de sida et s'appuyant sur des principes d'action communautaire qui accordent large part aux besoins exprimés et élaborés par les populations concernées. Au regard de l'approche sociétale antérieure des consommations illégales, basée sur l'interdit et l'impératif d'abstinence, la première incarne un changement de paradigme médical et participe d'un mouvement de médicalisation des phénomènes de consommation de drogues ; la seconde un changement de paradigme dans l'approche des problèmes de santé des communautés dites "déviantes", articulé à des objectifs de transformation sociale et à une conception politique et sociale, plutôt que médicale, de la régulation des drogues. Il est dommageable qu'en France ces deux approches se trouvent aujourd'hui en situation de concurrence et que la structuration progressive du petit champ de la RdR se soit faite au détriment de la seconde – évolution dont la disparition très récente de l'AFR est l'expression.

Les consommations se développent et se sont toujours développées par ailleurs en lien avec les évolutions sociales et culturelles, mutant et se diversifiant sans cesse. Le champ de la RdR ne peut rester en phase avec les pratiques émergentes qu'en plaçant au centre du dispositif les consommateurs eux-mêmes. Mais les progrès de l'addictologie d'une part, l'institutionnalisation du dispositif d'autre part, contribuant à la médicalisation croissante du champ, ont progressivement marginalisé leur voix. Quelques salariés usagers ou ex-usagers ont certes été intégrés dans les structures médico-sociales mais en position marginale et souvent peu audibles. Des collectifs de consommateurs continuent de se mobiliser spontanément pour faire face aux problèmes qu'ils voient surgir, mais au prix d'énergies bénévoles et d'un faible soutien. Comment faire en sorte qu'ils retrouvent dans le champ un espace qui les mette en position d'initiative et d'impulsion, et permette en retour au dispositif de renforcer ses liens avec les pratiques émergentes ? Le soutien à leurs associations doit a minima être renforcé, et la place des salariés consommateurs ou ex-consommateurs réaffirmée et soutenue ; un chantier de réflexion collective mériterait également d'être

engagé sur ces questions débattues de façon récurrente sur le terrain.

Certes, les “usagers”, en tant qu’usagers des services autant qu’en tant que consommateurs de drogues, ne peuvent que venir questionner et bousculer les systèmes de pensée dominants. Mais leur présence dans le dispositif offre la garantie que le paradigme de la RdR, défendu par ses acteurs comme une pragmatique d’action capable de se redéfinir sans cesse et de prendre en compte les parcours les plus divers et les plus “anormaux”, ne reste pas un vain mot et se maintienne actif et vivant. ■

A. Lalande

En quoi la RdRD est-elle un nouveau paradigme ? La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

In : Audition publique à l’initiative de la FFA “Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives”, 7-8 avril 2016, Paris.

Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (3) : 249-262

Notes et bibliographie

- 1 - Lebeau B. Politique de réduction des risques. In : Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris : Larousse ; 1999. p. 352-6.
- 2 - Henrion R. Rapport de la commission sur la drogue et la toxicomanie. Paris : La Documentation française ; 1995.
- 3 - Bergeron H. L’État et la toxicomanie. Paris : PUF ; 1999.
- 4 - Jauffret-Roustide M. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (2) : 101-10.
- 5 - Caballero F, Bisiou Y. Droit de la drogue. Paris : Dalloz ; 2000.
- 6 - Stengers I, Ralet O. Drogues, le défi hollandais. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond ; 1991.
- 7 - Coppel A. Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Paris : La Découverte ; 2002.
- 8 - Menneret F. La réduction des risques : une pensée en archipel. In : Histoire et principes de la réduction des risques. Paris : Médecins du Monde ; 2013. p. 6-10.
- 9 - Morel A, Chappard P, Couteron JP. Aide-mémoire de la réduction des risques. Paris : Dunod ; 2012.
- 10 - Jauffret-Roustide M. Les drogues, approche sociologique, économique et politique. Paris : La Documentation française ; 2004.
- 11 - je ne me suis pas coordonnée avec Marie-Roustide pour l’écriture de ce rapport.
- 12 - Médecins du Monde. Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social. Paris : Médecins du Monde ; 2013.
- 13 - Voir O’Mara E. Femmes stupéfiantes. In : Histoire et principes de la réduction des risques. Paris : Médecins du Monde ; 2013. p. 73-80 : “Fort heureusement, il existe aujourd’hui quelques régions dans le monde où la prise en charge et l’information concernant la consommation de drogues semblent s’être libérées du carcan de la santé publique et de la législation pour rejoindre leur milieu d’origine : la société elle-même”. Olivet F. Qui sommes-nous ? *Asud Journal*. 2014 ; (54) : 4-5 : “Nous ne militons pas pour le droit des malades, nous militons pour le droit à rester bien portants”.
- 14 - Bon nombre de CAARUD et de CSAPA ont un statut d’association, même si leurs normes de fonctionnement obéissent aux cadres réglementaires des établissements médico-sociaux. Pour simplifier le propos, la qualification d’“institutionnel” sera utilisée dans la suite de ce texte dans un sens élargi, incluant ces structures para-institutionnelles.
- 15 - Cohen P. L’Impératrice nue. Les neurosciences modernes et le concept de dépendance. 2009 ; <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.empress.fr.html> : le sociologue Peter Cohen évoque une jeune femme consommatrice de longue date qui dit éviter “même malade (...) toute relation avec les professionnels du système de soin car ils “s’emparent de” et s’ingèrent dans son mode de consommation de drogues”. Au point qu’elle a, dit-il, “failli perdre une oreille infectée parce qu’elle a tellement peur du système médical qu’elle en est restée éloignée trop longtemps”.
- 16 - Priez JM, Perez F. Peur du manque ? Lettre adressée par courriel le 1^{er} février 2016 aux adhérents de l’AFR.
- 17 - Organisation Mondiale de la Santé. Charte d’Ottawa, adoptée lors de la 1^{ère} Conférence internationale pour la promotion de la santé. Genève : OMS ; 1986.
- 18 - Sans entrer dans le difficile débat sur ce qui fait communauté ou pas et suscite l’organisation collective, on prendra comme définition ici de l’“action communautaire” la caractérisation qu’en donne la Charte d’Ottawa, reprise par de nombreux acteurs de la RdR, et on considérera qu’en relève toute démarche “qui engage

l'implication de la cible des actions dans la création et la définition de ces actions" (Benso, 2015 – voir note 31). On entendra par ailleurs par "associations communautaires" les associations dont le conseil d'administration est "composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert", comme l'entend l'Article 334 de la Loi sur la santé et les services sociaux québécoise, définition utilisée elle aussi dans certains milieux de l'autosupport et du travail social français.

19 - Jauffret M. La réduction des risques : enjeux autour d'une mobilisation collective. *Mana*. 2000 ; (8) : 161-88.

20 - Simon A, Andreo C, Morel A, Spire B. La place des usagers dans l'action et l'innovation en réduction des risques. In : Aide-mémoire de la réduction des risques. Paris : Dunod ; 2012 : 47-53.

21 - Coppel A. Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives" ; 7-8 avril 2016 ; Paris.

22 - Duplessy C, Chappard P. Dispositif de réduction des risques », Aide-mémoire de la réduction des risques. Paris : Dunod ; 2012. p. 82-97.

23 - Coppel A. La réduction des risques liés à l'usage de drogues. Entre prohibition, santé publique et régulations sociétales. In : Histoire et principes de la réduction des risques. Paris : Médecins du Monde ; 2013 : 19-28.

24 - Lalande A. Drogues : quels dommages ? *Vacarme*. 2007 ; (40) : 28-32.

25 - Lalande A. Savoirs "profanes" et savoirs "savants" : jeux de miroir dans le cabinet médical. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2016 ; (21).

26 - Hoareau E. Stigmatisation de l'utilisateur de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2016 ; (21).

27 - Lhomme JP, Bolo P. La réduction des risques et l'évolution du modèle patient-médecin : une approche centrée sur la personne. Entretien. In : Histoire et principes de la réduction des risques. Paris : Médecins du Monde ; 2013. p. 49-55 : on remarquera plus généralement avec Jean-Pierre Lhomme qu'"adopter une attitude de non-jugement" ou "hiérarchiser les risques" font partie des fondamentaux de l'exercice de la médecine, plus qu'ils ne sont caractéristiques d'une philosophie de la RdR.

28 - Jauffret-Roustide M. L'auto-support des usagers de drogues : concepts et applications. *Rhizome*. 2010 : (40).

29 - Techno+. Historique de Techno+. 2014 : <http://www.technoplus.org/t/1/1069/historique?PHPSESSID=f0b3f9de0c7de1c542b6efd3769f7420>.

30 - Davey Z, Schifano F, Corazza O, Deluca P. E-psychnauts : conducting research in online drug forum communities. *Journal of Mental Health*. 2012 ; 21 (4) : 386-94. Cité par Benso, 2015 (note 31) : "La recherche en ligne de contenus générés par des utilisateurs soulève inévitablement des questions d'authenticité, de validité et de fiabilité. Des problèmes tels que canulars, inexactitudes et informations trompeuses doivent être considérés lorsque l'on évalue la qualité de contenus en ligne, y compris au sujet des drogues. Toutefois, sur les forums communautaires de consommateurs de drogues, des utilisateurs éduqués et informés peuvent fournir aux consommateurs des informations fiables sur des produits jusqu'alors inconnus. Les connaissances techniques et pharmacologiques qu'ont ces "e-psychnautes" des substances peuvent être d'un niveau standard extrêmement élevé (...) En termes de santé publique, il y a un potentiel d'utilisation des forums internet liés à la drogue pour informer la recherche, la politique, les connaissances cliniques, le traitement, l'éducation et les approches préventives, surtout quand, pour beaucoup de ces nouveaux composés, on remarque une absence d'autres sources primaires plus traditionnelles d'information. Intégrer les forums et les informations qu'ils fournissent dans une approche ciblée de prévention et de RdR est un défi difficile mais qui en vaut la peine".

31 - Benso V. ICI. Identifier, comprendre et intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues. Rapport de recherche. Paris : AFR ; 2015.

32 - Demailly L. Les médiateurs pairs en santé mentale. *La nouvelle revue du travail* [En ligne]. 2014 ; 5 : <http://nrt.revues.org/1952>.

33 - Sur le travail identitaire et la capacité à élaborer et dépasser le stigmate, voir Michael Pollack : plus les personnes sont à même d'assumer leur identité, plus elles sont à même de se protéger et de diffuser des messages de protection.

34 - Ces dernières fonctions, qui mobilisent parmi d'autres ressources la capacité de consommateurs ou ex-consommateurs à faire remonter des informations de leurs réseaux, ne sont pas rémunérées mais seulement défrayées, même si les collecteurs sont souvent cités et remerciés dans les rapports.

35 - Girard V. Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé à Marseille. *Rhizome*. 2010 ; (40).

36 - Byrne J. Nothing about us whitout us? Je demande à voir ! Le militantisme chez les usagers de drogues et dans Inpud. Histoire et principes de la réduction des risques. Paris : Médecins du Monde ; 2013. p. 57-63.

37 - Bellot C, Rivard J, Greissler E. L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue. *Criminologie*. 2010 ; 43 (1) : 171-98.

38 - Johnson M. User Voice : une association d'anciens condamnés au Royaume-Uni. Entretien recueilli par Dindo S et Liaras B. *Dedans Dehors*. 2014 ; (85) : c'est le cas de l'association britannique User Voice.

39 - Lalande A, Chappard P. Réduction des risques, savoirs profanes et professionnalisation. In : Aide-mémoire de la réduction des risques. Paris : Dunod ; 2012. p. 98-110.

- Decorte T. Les effets adverses des politiques officielles en matière de drogue sur les mécanismes d'autorégulation des consommateurs de drogues illicites. *Drogues, santé et société*. 2010 ; 9 (1) : 295-333.