



Audition Publique – 7 & 8 Avril 2016
La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives

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

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

Aude LALANDE, ethnologue, Paris

Question 1. En quoi la réduction des risques est-elle un nouveau paradigme ?

Le paradigme antérieur

- Au plan légal : prohibition de tout un pan de la gamme des psychotropes
- Au plan politique : donner force de loi à un consensus moral ("Il ne faut pas se droguer")
- Au plan du soin : l'abstinence, réponse unique aux problèmes d'excès et de dépendance

Des effets de spirales descendantes dramatiques

- Paupérisation, prison, hôpital psychiatrique, sevrages et échecs de sevrage à répétition...
- Overdoses, septicémies, contaminations...
- Des situations d'impasse et de rupture sociale pour un nombre croissant de consommateurs

Changer de paradigme = changer de système de pensée

→ Déplacer la question des drogues des champs pénal et moral dans le champ de la santé publique.

Une série de ruptures :

- D'un point de vue *politique*, rupture avec l'objectif d'éradication des drogues illégales
- D'un point de vue *moral*, rupture avec la condamnation morale des consommations
- D'un point de vue *thérapeutique*, diversification de l'offre d'accompagnement et de soins
- Du point de vue de la *prévention*, rupture avec l'univocité des objectifs de dissuasion de la prévention primaire ("*just say no*")
- Du point de vue de la *méthode*, adoption d'un parti-pris de pragmatisme : parer à l'urgence et améliorer la situation des personnes.

**Non plus défendre une *posture morale* mais résoudre un *problème technique* :
Comment porter assistance au plus grand nombre de toxicomanes ?**

Un changement de paradigme ou plusieurs ?

Ce changement doit être re-situé dans un contexte plus large :

- Des formes de « réduction des risques » existent de longue date (drogues légales)
- L'apparition d'un nouveau paradigme n'empêche pas la survivance des anciens

En vingt à trente ans, les options théoriques et les stratégies d'intervention se sont diversifiées.

Témoin de ces évolutions, la parution récente de deux livres :

- *L'Aide-mémoire de la réduction des risques*, dir. A. Morel, P. Chappard et J.-P. Couteron, Dunod, 2012.
- *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social*, Médecins du Monde, 2013.

.../...

Deux livres, deux histoires

Deux livres qui font le point sur vingt ans de pratique de la réduction des risques et en dessinent les perspectives et les évolutions.

→ L'*Aide-mémoire* élargit le champ de la réduction des risques liés aux drogues aux autres "conduites addictives" que sont le jeu, le sexe intensif, l'usage intensif d'internet ...

→ *Histoire et principes de la réduction des risques* l'élargit aux autres domaines susceptibles d'exposer à des risques sanitaires et sociaux que sont certaines pratiques sexuelles à risque, la prostitution, la condition de migrant ...

Cette différence exprime vingt ans d'activités menées sur des terrains différents, dans des contextes institutionnels différents, avec des options théoriques différentes.

Deux conceptions de la réduction des risques

1/ Une **conception « addictologique »**

- orientée par et vers le soin des addictions
- prise dans le contexte d'une médicalisation de la consommation des sub. psychoactives
- dont l'horizon est la construction de la discipline addictologique

2/ Une **conception « historique » ou « socio-sanitaire »**

- orientée par et vers la nécessité de traiter des situations de risque socio-sanitaire
- appuyée sur les principes de l'action communautaire (auto-définition de leurs besoins par les communautés ; parfois rejet explicite des discours de médicalisation)
- dont l'horizon est celui d'une transformation sociale

Non pas *un* changement de paradigme mais *deux* :

- d'un côté un changement de **paradigme médical**
- de l'autre un changement de **paradigme de l'approche des communautés dites « déviantes »** ou marginalisées par leur statut ou leurs pratiques

Complémentarité ou rivalité des modèles ?

On pourrait considérer ces deux 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.

Cependant ils ne sont pas en situation d'égalité :

- **L'un comme l'autre ont des atouts et des faiblesses qui les placent en position d'acceptabilité différente vis à vis de leurs publics et des autorités**
- **Mais leur mise en œuvre étant tributaire de leur acceptabilité sociale et politique ils ne bénéficient pas des mêmes soutiens**

Atouts et limites de la réduction des risques "addictologique"

Atouts

- Progrès dans l'approche médicale des consommations : prise en compte de la complexité, diversification des modalités d'accompagnement, mise en cohérence d'un continuum d'offres diversifiées des dispositifs de prévention et l'offre de soins...
- Bénéficie (et participe) de la médicalisation du champ
- Légitimité symbolique et assise institutionnelle : liens avec l'institution médicale, écoute des pouvoirs publics

Limites

La médicalisation des usages de drogues suscite la réticence des publics qui craignent ou refusent l'« ingérence » de soignants dans leurs pratiques de consommation
→ La réduction des risques dite « addictologique » peine à élargir sa portée du point de vue de la prévention des problèmes de santé publique

Atouts et limites de la réduction des risques "historique" ou "socio-sanitaire"

Atouts

- Bénéficie aux yeux des consommateurs de la neutralité d'un discours technique, ajusté aux besoins qu'ils expriment
- Savoir-faire méthodologique susceptible de permettre d'atteindre des publics éloignés
- Proximité avec ses publics, capacité à s'adapter à l'évolution rapide des pratiques

Limites

Manque de légitimité lié au statut légal et symbolique de ses publics

- Ses publics dérangent, et suscitent la désapprobation morale
- Expérimentale par nature et travaillant aux marges de la légalité, elle doit sans cesse fournir des preuves de sa conformation aux normes juridiques et médicales
- Bridée dans ses capacités d'innovation
- Fragilité structurelle et déficit de soutien institutionnel (subventions publiques)

Qu'en conclure ?

Les pratiques de consommation mutent et se diversifient sans cesse, à un rythme soutenu.

Elles exigent des réponses sanitaires et sociales un **haut niveau d'adaptabilité**, en même temps que des suivis patients, maintenus sur le temps long.

Il semble que **conserver les deux approches permettrait une meilleure couverture de l'ensemble des besoins.**

Mais la **médicalisation croissante** des phénomènes de consommation, couplée à l'institutionnalisation du dispositif, tend à éclipser les approches relevant de l'intervention sociale. En témoigne la disparition récente de l'Association Française de Réduction des risques (AFR), dont l'importance n'a pas été assez mesurée.

Peut-être nous faut-il réfléchir aujourd'hui à ce que l'on perd à sacrifier une approche au profit de l'autre.

Question 2. La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

En 1986, la Charte d'Ottawa (OMS) soulignait l'importance de la participation des groupes concernés par des actions de santé à leur mise en œuvre.

C'est le recours à l'**alliance avec les usagers** et à l'**action communautaire** qui a fondé historiquement la réduction des risques liés aux consommations de drogues.

- Ce choix a été fait dans un parti-pris de pragmatisme
- Le soutien aux associations d'auto-support a fait partie des premières mesures politiques de réduction des risques en France
- La réduction des risques l'une des rares politiques de santé en France avoir mis en œuvre le principe de promotion de la santé par la participation communautaire

Une place aujourd'hui en souffrance dans le dispositif

- Une parole aujourd'hui encore perçue comme peu crédible
 - L'institutionnalisation du dispositif a laissé peu d'espace aux (ex-)consommateurs
 - Des usagers-salariés isolés et « saupoudrés » dans les structures
 - Des savoirs médicaux moins demandeurs de l'expertise des patients
 - Un recul global de l'auto-support
- **Ce problème préoccupe. L'écart se creuse entre mondes de l'usage et structures médico-sociales.**
- **Comment repenser la place des usagers dans le dispositif ?**

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

Les (ex-)consommateurs jouent 4 rôles irremplaçables dans le dispositif :

- Un rôle d'innovation et de proposition
- Un rôle d'expertise critique
- Un rôle de diffusion des informations, des nouveaux matériels et des normes d'usage à moindre risque dans les milieux de consommateurs
- Un rôle d'accompagnement et de renforcement des capacités d'action de leurs pairs (*empowerment*)

→ **De leur présence dépendent la pertinence et l'efficacité des programmes.**

→ **L'alliance avec les usagers ne doit pas être conçue comme un aboutissement, mais comme le point de départ et une méthode de la réduction des risques.**

Un rôle primordial : l'innovation

- Comme dans d'autres domaines, l'innovation vient rarement de l'institution. Elle vient de la société civile.
- Dans l'histoire de la réduction des risques, l'innovation a le plus souvent surgi de mobilisations spontanées d'utilisateurs.
- Leurs associations forment la tête de pont de l'identification des problèmes émergents.

Deux exemples récents :

- Psychoactif (2006) : un espace d'entraide en ligne pour les utilisateurs actifs
- Not For Human (2013) : premiers défrichages de l'information sur les NPS (nouvelles substances psychoactives) ; diffusion des messages de réduction des risques là où les informations s'échangent : sur les forums de discussion en ligne

Bien souvent cependant ce rôle n'est pas ou peu soutenu, et l'activité de ces associations repose sur des énergies bénévoles.

Ces rôles sont-ils incompatibles avec leur institutionnalisation ?

Peut-être faut-il penser « soutien institutionnel » plutôt qu'« institutionnalisation ».

Le dispositif connaît aujourd'hui 4 modes de présence des usagers. Il compte :

- des représentants des usagers des services dans les Conseils de la Vie Sociale
- des (ex-) consommateurs professionnalisés ou semi-professionnalisés dans le dispositif médico-social (« pairs aidants », « médiateurs de santé pairs », « moniteurs-éducateurs », « éducateurs spécialisés »)
- des associations communautaires
- des associations d'auto-support

Sans oublier le rôle transversal de soutien des grandes associations nationales (AFR, Aides, Médecins du Monde), sur lesquelles reposent mise en réseau des structures, formation professionnelle, organisation de rencontres, etc.

Aujourd'hui la réflexion sur la place des usagers se concentre sur les structures du médico-social. Mais elle doit être pensée sur l'ensemble du dispositif.

Deux axes de travail : 1/ Soutenir les usagers-salariés dans leurs fonctions

Les usagers-salariés ont un rôle difficile à tenir :

- ils ont à faire le pont entre deux mondes (mondes de l'usage / mondes du soin)
- ils incarnent et font valoir des savoirs dominés et stigmatisés
- ils sont censés exprimer des valeurs et des besoins collectifs alors qu'ils sont souvent isolés

→ Accompagner ces salariés-pairs, les former et les mettre en réseau permettrait de les soutenir dans l'exercice de leurs fonctions.

→ L'institution de liens avec des associations d'auto-support et/ou communautaires référentes, voire des systèmes de double tutelle, pourraient être envisagés

Un chantier de réflexion collective devrait être engagé sur ces questions.

Une **recherche-action** pourrait être montée, qui prenne appui sur :

- la définition de leurs problèmes et de leurs besoins par les usagers salariés eux-mêmes
- un recensement des expériences menées à l'international

Deux axes de travail : 2/ Renforcer le soutien aux associations communautaires et d'auto-support

L'ensemble du secteur gagnerait à voir renforcer l'aide aux associations qui reposent sur la mobilisation de consommateurs ou ex-consommateurs.

Là encore, **un chantier de réflexion collective devrait être engagé**. Trois axes de travail devraient être examinés :

- **le soutien aux associations** existantes ou émergentes, et l'aide à leur diversification
- **la mutualisation des outils et des ressources** : appui logistique aux petites structures, mais aussi soutien aux grandes associations transversales qui servent de support à la professionnalisation et à la culture collective de ce secteur (AFR, Aides, MdM)
- des formes de **décloisonnement entre les secteurs institutionnel et l'auto-support** : partenariats entre structures médico-sociales et associations d'auto-support ; sollicitation de missions d'intervention ou d'expertise auprès d'associations

Conclusion

1/ Ne pas laisser le champ se médicaliser entièrement

- La structuration actuelle du champ ne résulte pas d'une histoire « naturelle » de la réduction des risques qui aurait débouché sur sa médicalisation progressive, et le dépassement d'une forme de réduction des risques « historique » par une autre.
- Elle est le résultat de choix politiques, qui doivent être interrogés.
- La dimension communautaire et d'intervention sociale de la réduction des risques doit être confortée et maintenue. Elle doit faire l'objet de soutiens politiques.

2/ Soutenir la présence des usagers dans le dispositif

- L'un des effets de la médicalisation du champ a été de voir se recreuser l'écart entre le dispositif et les nouveaux usages.
- Seul un renouveau de l'alliance avec les usagers peut aller à l'encontre de la tendance des institutions à se recentrer sur elles-mêmes.
- De cette alliance dépend la capacité du dispositif à inventer de nouvelles réponses, adaptées à l'émergence continue de nouvelles pratiques.