

SWAPS

ALLER VERS

Santé, Addictions, Prévention, Soins, Réduction des Risques N° 71 / 2^e trimestre 2013

Prévention, soins, réduction des risques : les nouvelles alliances
3^{es} Journées nationales de la Fédération Addiction,
Besançon, 13-14 juin 2013

Entretien avec Andrew Tatarsky / 5

Entretien avec Alain Morel / 6

La difficile greffe de l'*outreach* en France / 9

Coalitions politiques et réduction des risques au pays de Heidi / 13

« Questions de réseaux », questions d'éthique / 17

La trousse PIJE: un outil pour intervenir auprès des jeunes de la rue
à haut risque de commencer à s'injecter des drogues / 19

« *Housing First* »: nouvelles réponses pour les usagers
souffrant de troubles psychiques / 22

« Aller vers » les internautes: comment décliner l'*outreach* sur le Web ? / 26



PROGRAMME

3^{es} Journées nationales de la Fédération Addiction,
Besançon, 13-14 juin 2013



Jeudi 13 juin

Accueil à partir de 8 h 15, ouverture des journées à 9 h 00

Cathy Jeanblanc, Équinoxe-AHSFC, Montbéliard, déléguée de l'Union régionale Franche-Comté de la Fédération Addiction –
Lilian Babé, Solea-ADDSEA, Besançon, délégué adjoint de l'Union régionale Franche-Comté de la Fédération Addiction –
Jean-Louis Fousseret, maire de Besançon – **Claude Jeannerot**, président du Conseil général, sénateur du Doubs –
Jean-Pierre Michel, sénateur de la Haute-Saône – **Marie-Guite Dufay**, présidente du Conseil régional de Franche-Comté –
Sylvie Mansion, directrice générale de l'Agence régionale de santé (ARS), Franche-Comté –
Danièle Jourdain Menninger, présidente de la Mildt
 Introduction – **Jean-Pierre Couteron**, président de la Fédération Addiction

11 h 00-12 h 45 1. plénière « Territoires – santé – dispositifs : évolutions – enjeux – transformation »

Présidente – **Nathalie Latour**, déléguée générale de la Fédération Addiction
 Intervenants – **Magali Coldefy**, maître de recherche, docteur en géographie, IRDES – **Michel Legros**, vice-président
 du conseil des formations à l'EHESP et membre du conseil de ONPS

12 h 45-14 h 00 déjeuner sur place sur réservation

14 h 15-15 h 45 7 sessions d'ateliers thématiques ou une conférence au choix

16 h 00-18 h 30 2. plénière Aller vers les élus et l'opinion : quels leviers pour faire évoluer les politiques et les représentations sur les addictions ?

Animation – **Danielle Messenger**, journaliste (sous réserve)
L'évolution des politiques drogues en Europe et les défis actuels dans ce domaine – **Frank Zobel**, chef de l'unité « Politique
 évaluation et coordination des contenus » à l'OEDT
Table ronde avec l'expérience de trois pays – **Ruth Dreifuss**, ancienne présidente de la Confédération suisse, membre de
 la Global commission on drug Policy – **João Goulão**, coordinateur national pour les drogues et l'alcool au Portugal, directeur
 général, direction générale des conduites addictives et des dépendances (SICAD), président du conseil d'administration de
 l'EMCDDA – **Anne Coppel**, sociologue, présidente d'honneur de l'AFR, **Jean-Pierre Couteron**, président de la Fédération Addiction

20 h 00 soirée festive

Vendredi 14 juin

9 h 00-10 h 30 7 sessions d'ateliers thématiques ou une conférence au choix

11 h 00-12 h 30 7 sessions d'ateliers thématiques ou une conférence au choix

12 h 30-14 h 00 déjeuner sur place sur réservation

14 h 00-16 h 30 3. plénière « Réduction des risques et psychothérapie : vers de nouveaux traitements intégratifs ? »

Président – **Laurent Michel**, psychiatre, directeur du centre Pierre-Nicole, Paris
 Discutant – **Alain Morel**, psychiatre, directeur d'Oppelia
 Intervenants – **Andrew Tatarsky**, psychothérapeute, New York, États-Unis, Auteur du livre « Harm Reduction Psychotherapy »

Pour plus d'information : www.federationaddiction.fr ou par mail infos@federationaddiction.fr

DOSSIER

3^{es} Journées nationales de la Fédération Addiction,
Besançon, 13-14 juin 2013

Aller vers...

Prévention, soins, réduction des risques : les nouvelles alliances

Jean-Pierre Couteron / Président de la Fédération Addiction

Aborder le thème de l'« aller vers », c'est réfléchir à une double évolution des réponses aux addictions :

– celle qui assume d'aller vers les usagers, enfermés dans la précarité, découragés par de successives et vaines tentatives, ou ne se reconnaissant pas dans le modèle de la maladie... ;

– celle qui propose un autre chemin pour donner à l'usager une place active, réinventer de nouvelles rencontres ou liens allant de la réduction des risques (RdR) à l'intervention précoce, de l'insertion à l'éducation, à l'auto-support. « Aller vers » est un choix politique pour répondre aux exigences d'une société qui « abandonne son rôle régulateur... et pousse à l'extrême le paradoxe de promouvoir ce que, dans le même temps, elle réprime »¹.

« Aller vers » implique une modification des pratiques et une évolution des dispositifs au plus près des populations (bus mobiles, réseaux, micro-structures et équipes de liaison dans les hôpitaux). Mais aussi une évolution des politiques publiques, y compris sur le versant pénal, nous sommes d'ailleurs quelques-uns à le proposer dans la charte « Pour une autre politique des addictions »².

Nos dispositifs sont nés d'une volonté d'accueil, de refuge. Aujourd'hui encore, l'hôpital ne compte plus les personnes reçues pour abus d'alcool et de tabac : maladies directes, induites, accidents, etc.

Pour s'opposer à la diffusion de pratiques nouvelles, le législateur avait tracé une frontière, qui devait isoler le mal « relatif » – l'alcool et le tabac – du mal « absolu » – la drogue –, regroupant sous le nouveau terme de « stupéfiants » les substances pharmacologiques les plus diverses pour en pénaliser l'usage privé sans distinction

d'âge, d'intensité ou de circonstance. En contrepartie, la loi de 1970 leur offrait des lieux d'accueil, anonymes et gratuits, à condition d'endosser le statut de malade, seule alternative à celui de délinquant. Pour les usagers d'alcool en difficulté avec l'entourage, les Centres d'hygiène alimentaire, inspirés du centre Horizon de Soissons, deviennent, en 1972, un terrain plus neutre que l'hôpital. Le décret de 1972 restreignant l'accès aux seringues n'a pas empêché l'accroissement des mauvais usages ni l'inflation des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (10 000 en 1979, 30 000 en 1986, 135 000 en 2010). Neuf fois sur dix, il s'agissait d'usagers de cannabis, la France restant dans le peloton de tête des pays consommateurs. En 1986, Jacques Chirac, Premier ministre, demande à son ministre de la Justice de promouvoir des traitements obligatoires, type « Le Patriarche »³. Par ailleurs, une explosion des usages hédonistes annonçant ce que Yves Michaud nomme « l'industrialisation du plaisir » : récupération par le marketing triomphant des idéaux libertaires au service d'une économie du plaisir et des seules lois du marché afin d'y rencontrer des publics nouveaux (cow boy d'une célèbre marque de cigarette). Cet équilibre dangereux sera mis à mal par un premier choc, celui du sida. Avec les conséquences du développement de son épidémie : désocialisation et dégradation de la santé globale des usagers. Il fallait agir vite ! L'évolution se fera sans toucher ni à la loi ni au raisonnement par la peur, celle du sida, se substituant à celle de « la drogue » pour ouvrir une brèche dans laquelle va s'engouffrer la RdR. L'association Médecins du Monde (MDM) ouvrira des centres à seuil adaptés, des bus mobiles « allant vers ». Puis, les usagers eux-mêmes (Aides, Act Up, ASUD) développent de

¹ Morel A, Couteron JP. *Drogues, faut-il interdire ?* Paris : Dunod, 2011

² www.federationaddiction.fr/pour-une-autre-politique-des-addictions-signez-la-charte/

³ Morel A, Couteron JP, Chappard P. *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Paris : Dunod, 2012



nouvelles façons d'intervenir : auto-support, zap, action communautaire. Dans le champ de l'alcool, une part de l'évolution se jouera dans le nouveau regard porté sur ses dommages et le développement de politiques de repérage précoce/intervention brève, autre manière d'aller vers...

Les premiers programmes d'échange de seringues (PES) rencontreront des usagers qui, pour un quart d'entre eux, ne fréquentaient ni le système de soin spécialisé ni celui de droit commun.

Un autre coup sera porté par la société addictogène. Le système binaire, éradication plutôt que RdR, a laissé les uns dans la marginalité violente de l'illicite et abandonné les autres aux excès du marché⁴. De là viendra une nouvelle vague d'addictions (via Internet) : jeux d'argent, abus d'écrans, montée d'une défonce à l'alcool, etc. Le nouvel environnement sociétal affaiblit les cadres traditionnels du contrôle de soi face à l'omniprésence d'une culture de la consommation où le marketing fait loi. À cela s'ajoutent quatre mutations fonctionnant comme autant de banalisation des effets de l'expérience addictive :

– Le vivre ensemble, la parentalité^{5,6}, la transmission et le contrôle de soi banalisent le « dérèglement de soi »⁷.

– L'accélération et la maximalisation d'effets renouvelables à l'infini banalisent le « tout, tout de suite »⁸.

La pharmaco- et la technico-assistance (dopage, boisson énergétique, etc.) améliorent les performances humaines à la place de l'exercice et l'entraînement⁹.

– Enfin, l'économie exclut les populations, pourtant plongées dans le même bain culturel (mêmes envies ou objets). Quand les moyens reculent, des économies de substitution s'ouvrent, à l'image de celle d'un trafic qui s'est professionnalisé^{10,11}, ou de jeux d'argent fonctionnant comme un crédit chez les plus vulnérables. Ainsi, le danger d'une conduite addictive n'est plus réductible aux seuls effets de la chimie,

pas plus qu'il ne se limite aux questions cliniques.

Après la RdR pour répondre au sida, la politique de santé proposera une nouvelle évolution, celle de l'addictologie, invitant tous les professionnels à travailler ensemble et amenant sa nouvelle définition de la maladie, celle du cerveau et du système de récompense. Sans toucher au dogme de l'interdit pénal, elle fera évoluer les lois : loi Évin, qui s'attaque à la publicité et à l'image bienveillante de l'alcool et du tabac, décret Bertrand, qui interdit le tabac dans l'espace public, et la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), qui limite les ventes d'alcool et l'interdit aux mineurs, etc.

Face à cette société qui accentue l'attrait de l'addiction, l'accompagnement s'officialise avec la loi de santé publique de 2004, qui intègre la RdR et crée les Caarud, et avec l'approche com-

mune de l'addictologie portée par les Csapa et le lancement des Consultations jeunes consommateurs (CJC) en 2006-2007. Pendant ce temps, le secteur poursuit sa mutation, brassant concepts et pratiques. Le schéma demande/sevrage/post-cure est remplacé par une offre incluant de prendre soin et visant autant l'impulsion à consommer, le *craving*, que la dépendance et la centration. Si pour les uns l'addiction est une maladie du cerveau dont le traitement se résume à la prescription du médicament, d'autres visent au rétablissement des compétences de contrôle, d'autonomie et de responsabilité, à faire évoluer des modes de vie, à renouer le lien social, à soulager des blessures affectives tout en impliquant professionnels, familles et usagers dans un soin global et inconditionnel. Ces 3^{es} Journées nationales permettront de décrire les multiples formes et pratiques de l'*outreach*, apporté par la RdR, du travail de rue (maraudes, bus et équipes mobiles, services projetés et autres consultations avancées). Et notre invité, Andrew Tatarsky, qui depuis longtemps explore cette piste nous fera partager son expérience où la clinique s'associe à la RdR. En partageant aussi d'autres expériences, celles où une clinique va vers les familles, les souffrances et plaisirs, déconstruisant son cadre pour inventer de nouvelles rencontres. Sans oublier les nouveaux espaces et lieux de rencontres, ces tchats, ces forums d'usagers, nouvelles formes d'auto-support...

Conclusion

De délinquant ou malade, à plus ou moins malade, au sens de « la souffrance psy » des années 1980, puis de « malade du sida » dans les années 1990, bénéficiant d'un assouplissement de l'interdit, et de « malade du cerveau », en attente de nouvelles molécules, il est devenu usager de drogue, puis usager du dispositif de soins et espère retrouver sa citoyenneté, ses droits et devoirs.

« Aller vers » nous rappelle que la politique des drogues doit, elle aussi, aller vers des objectifs pragmatiques et concerner les risques et les dommages, ceux des populations comme ceux des usagers : réduire le nombre d'infections, d'overdoses et d'usagers en difficulté sans contact avec le système socio-sanitaire, le mésusage de traitements de substitution, le nombre de seringues qui traînent, les violences liées au trafic, etc.

Une seule stratégie ne peut répondre à ces problèmes, mais la convergence d'actions complémentaires peut aider à les rendre moins dommageables. La prise en compte de la société addictogène et de ses addictions généralisées nécessite des réponses plus adaptées que la désuète ligne de défense de l'interdit pénal et de son aiguillage malade ou délinquant censé conduire vers le soin ! Aller vers, plutôt que conduire à !

⁴ Pharo P. *Plaisir et dépendances dans les sociétés marchandes*. Université de Bruxelles, collection « UBlire », 2012

⁵ De Singly F. *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune*. Paris : Armand Colin, 2005

⁶ De Singly F. *Le soi, le couple et la famille*. Paris : Nathan, 2000

⁷ Lipovetsky G, Jean S. *La culture monde. Réponse à une société désorientée...* Paris : Odile Jacob, 2008

⁸ Bauman Z. *La vie liquide*. Arles : Rouergue 2006

⁹ Nouvel P. *Histoire des amphétamines*. Paris : PUF, 2008

¹⁰ Kokoreff M. *La Drogue est-elle un problème ? Usages, trajectoires et politiques publiques*. Paris : Payot, 2010

¹¹ Morel A, Couteron JP. *L'aide mémoire en addictologie*. Paris : Dunod, 2010



Entretien avec Andrew Tatarsky

Psychothérapeute,
auteur du livre *Harm reduction psychotherapy, New York*

Où exercez-vous, quelle est votre cible et dans quel cadre ?

Andrew Tatarsky. En 2011, j'ai créé le *Center for Optimal Living* à New York, un centre de traitement et de formation fondé sur l'*Integrative Harm Reduction Psychotherapy* (IHRP), intégration de la réduction des risques (RdR) au sein de la psychothérapie. Ce centre offre des services thérapeutiques complets pour un large éventail de personnes ayant des problèmes de toxicomanie et d'autres comportements addictifs à risque, comme les troubles du comportement alimentaire, l'addiction au sexe, le *cutting* (se taillader les poignets), les achats compulsifs ou l'addiction aux jeux.

Le traitement est-il fondé uniquement sur l'intégration de la RdR au sein de la psychothérapie ? L'abstinence exclusive est-elle toujours d'actualité ?

L'efficacité du traitement classique visant à l'abstinence a montré ses limites pour attirer, retenir et promouvoir des changements positifs pour la grande majorité des usagers. Avec l'IHRP, je souhaite développer une thérapie attrayante et pertinente qui faciliterait la progression vers la guérison ou vers un changement positif. La thérapie est encadrée par des principes de RdR avec un engagement radical des patients, actifs, donc associés au thérapeute (« commencer là où en sont les patients »). Toutes les mesures de RdR sont associées à l'usage de substances pour déterminer les objectifs idéaux et une approche thérapeutique pour chaque patient en vue de mesures positives de succès. Nous ne prétendons pas connaître d'emblée la nature du problème, les objectifs ou ce qui sera utile pour le patient, de sorte qu'un espace peut être créé, dans lequel le patient est pris en charge pour découvrir ce qui est vrai pour lui. Ainsi, un usage plus sûr, réduit, modéré comme l'abstinence tombent sous l'égide de la RdR. Cliniquement, ce

cadre se traduit en mettant surtout l'accent sur le développement d'une alliance thérapeutique collaborative, dans laquelle le clinicien et le patient négocient la forme et l'orientation de la thérapie. Des stratégies, tirées du relationnel, psychanalytiques, cognitivo-comportementales, centrées sur l'attention, sur le corps et les traditions expérimentelles, sont sélectionnées et associées pour répondre aux besoins et aux objectifs spécifiques de chaque patient. Cette approche englobe l'abstinence comme un objectif idéal pour les personnes prêtes, capables et désireuses d'y arriver. Il s'oppose à la perspective de l'abstinence exclusive, qui voudrait que l'engagement à l'abstinence soit une condition préalable et nécessaire pour entrer et rester dans la thérapie et qu'elle soit la seule mesure de la réussite. L'IHRP encourage les personnes à découvrir, à travers leur propre expérience, leur relation idéale à l'usage de produits et aux autres comportements à risque, et leur trajectoire idéale vers un changement positif.

Au mieux, les approches fondées sur l'abstinence ne sont efficaces que pour les patients qui l'adoptent, en fait une minorité d'usagers. Au pire, elles provoquent le conformisme, la soumission, la rébellion réactive et les luttes de pouvoir en tentant d'imposer sa vision à la personne, elle contraint le changement par la peur et l'intimidation. Cette approche thérapeutique normative peut faire resurgir des relations traumatisantes précoces et provoquer une intensification des symptômes post-traumatiques sous-jacents à la dépendance. Cela peut conduire à une escalade de comportements addictifs, où les aspects traumatisés, dissociés du soi s'expriment, créant ainsi la rechute.

L'attitude collaborative de l'IHRP, sans préjugés sur le patient, cherche à créer une expérience relationnelle qui prend en charge le patient. C'est, pour nous, l'antidote à la dépendance et notre définition du rétablissement.

En quoi la psychothérapie intégrative que vous mettez au point est-elle révolutionnaire ?

L'IHRP est une alternative collaborative à l'approche autoritaire, prescriptive de « l'abstinence ou rien », qui domine aujourd'hui les approches thérapeutiques dans le monde. L'IHRP situe une grande partie des échecs des traitements de l'addiction aux limites du cadre thérapeutique plutôt qu'au patient lui-même. En s'éloignant de l'abstinence en tant que point de départ vers « un changement positif », l'IHRP peut impliquer les usagers de manière active tout au long du continuum de sévérité, du processus de changement et des questions personnelles et sociales étroitement liés au mésusage. L'IHRP reconnaît aussi que différentes écoles de thérapie, qui ont toujours été mises en opposition, ont chacune une valeur et se complètent lorsqu'elles sont utilisées ensemble de manière intégrée.



Entretien avec Alain Morel

Psychiatre, directeur d'Oppelia

Vous développez une approche intégrative de la réduction des risques (RdR) et de la psychothérapie en France, qu'est-ce qui motive cette orientation ?

Alain Morel. Il s'agit d'abord d'intégrer la RdR dans les soins et les traitements des addictions. Ce qui concerne bien évidemment la psychothérapie, car elle est une dimension importante du soin, mais elle n'est pas la seule. L'intégration de la RdR concerne tout autant l'intervention médicale ou sociale. Je dirais même que la préoccupation de limiter les risques, de les gérer, est un des fondements d'une conception transdisciplinaire du soin. Car ce qui fait le lien entre toutes les modalités d'intervention à but thérapeutique, c'est d'aider le patient à définir son bien-être et à maîtriser au mieux – donc à moindre risque – son rapport à l'objet addictif pour y parvenir. On le voit, intégrer la RdR aux soins n'est donc pas une sorte de « faute de mieux », mais une réorientation très profonde de la relation avec la personne addictive, une redéfinition de l'idée même du soin et de l'objectif des interventions qui s'y rattachent.

Cela n'était-il pas déjà présent dans les modèles « bio-psychosociaux » qui sont à l'origine de l'addictologie et de l'intervention en toxicomanie dans notre pays ?

L'approche « globale » de la personne dépendante qui prévaut en France permet de prendre en compte la diversité des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques qui participent à sa situation. Elle conduit donc à penser l'intégration, la combinaison des actions visant à apporter des aides sur les différents domaines. Mais, en réalité, l'objectif et la définition même du soin se sont toujours référés au produit et à l'absti-

nence. Ce dogme de l'abstinence a longtemps empêché d'imaginer la diminution des dommages et la consommation contrôlée comme des objectifs valables pour soigner, les réduisant à des solutions illusives, au mieux « en attente » de la « vraie » demande de soin, au pire comme une voie « criminelle », car encourageant la poursuite de la consommation.

Comment est venu le changement de perspective ?

C'est du côté de l'intervention en toxicomanie qu'est venu le changement de paradigme. D'abord avec la déflagration du sida. La violence de l'épidémie, à la fin des années 1980, a obligé les intervenants à penser « l'accompagnement de la dépendance » et non plus la seule rupture hypothétique avec le produit. Pour « ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas s'arrêter », il devenait indispensable de proposer des moyens pour éviter trop de dommages pour leur santé, pour leur vie. Il est donc devenu légitime de proposer des aides pour « se shooter propre » ou pour substituer un médicament opiacé aux drogues de rue. La RdR a été officiellement intégrée à la loi de santé publique en 2004, ses services (Caarud) ont été financés par la Sécurité sociale en 2006, symbole qu'elle entrait dans le champ « officiel » du soin. Plus récemment, avec l'élargissement du champ à l'ensemble des addictions, est venue la prise de conscience que la stratégie du « pas à pas » de la RdR était en soi une pédagogie du soin. En tenant compte de là où en est l'usager et de ses propres ressources à changer, il apparaissait qu'on l'aide à prendre soin de lui et à trouver son propre mieux-être. L'opposition puis la séparation des rôles entre la RdR et les soins ne tient plus aujourd'hui. Les tabacologues, par exemple, se sont aperçus que les personnes qui avaient fait un programme de réduction de la consommation parvenaient plus sûrement que les autres à l'arrêt de la consommation s'ils le souhaitaient ! Tout cela le montre : intégrer la RdR dans les soins va de pair avec la remise en cause de l'abstinence comme fondement du soin.

Est-ce à dire que l'abstinence ne peut plus être un objectif des soins en addictologie ?

Il n'est pas question de nier les bienfaits que peut apporter l'abstinence, mais de refuser d'en faire un dogme. La notion de « gestion de l'addiction » laisse place à la diversité des moyens et des objectifs pour y parvenir. L'abstinence est un objectif *possible* de gestion : en fonction de mon expérience, puisque je ne parviens plus à contrôler ma consommation, mieux vaut pour moi l'abandonner. Pour quelqu'un d'autre, l'objectif sera, au moins pour une période de sa vie, de mieux contrôler sa consommation. Contrairement à ce que l'on a considéré jusqu'ici, l'un n'est pas plus « valable » que l'autre. Ce sont des objectifs qui appartiennent entièrement à la personne et dont le sens dépend essentiellement de son contexte et de ses choix propres. Le rôle des soignants n'est

pas de « croire » ou non dans la pertinence du choix du patient, mais d'aider à ce qu'il soit authentique – c'est-à-dire le sien –, d'apporter les moyens pour que le sujet puisse le réaliser au mieux et de l'accompagner pour qu'il puisse tirer les bénéfices de cette expérience, y compris pour éventuellement faire un autre choix ensuite. Mais pour avoir cette ouverture d'esprit, cette empathie, qui permet de valoriser la position personnelle du patient, il faut se débarrasser de ce qui y fait obstacle dans nos têtes. En l'occurrence les soignants souffrent d'une survalorisation de la dépendance dans la problématique addictive. La dépendance, en particulier dans sa dimension biologique, n'est pas le problème essentiel de l'addiction, donc des traitements... Cela est loin d'être acquis, y compris parmi les professionnels des soins, d'autant que cela va a contrario du discours médico-biologique qui voudrait faire passer l'addiction pour une « maladie chronique du cerveau ».

Vous accordez une place centrale à l'approche expérientielle, qu'est-ce que cela veut dire et en quoi cela fait-il le lien entre RdR et psychothérapie ?

L'approche expérientielle donne en effet les clés pour réactualiser et redéfinir le soin, redéfinir aussi la relation soignant/soigné. « Le patient (ou l'usager) est au centre » entend-t-on souvent dans le jargon institutionnel. L'approche expérientielle donne un contenu opérationnel à cette position éthique. En tant que sujet, le patient est à la fois porteur d'un vécu qui lui est propre et d'une expertise sur sa vie. Cette expertise dans notre champ est double : celle d'usager de substances psycho-modificatrices et celle d'usager de services qui lui sont destinés. Tout le travail des soignants sera de reconnaître cette expérience et de l'aider à se construire un savoir lui permettant d'exercer son pouvoir sur lui-même et son environnement, ce qui est la première condition pour changer et trouver autrement de la satisfaction, du bien-être. Cela suppose que le thérapeute ne s'instaure pas en « pilote », mais en « co-pilote ». Le savoir utile du thérapeute ne servira pas à apporter des réponses aux problèmes du patient, mais à apporter les outils qui vont lui permettre de « se penser » et d'agir sur soi et son environnement. Cette posture thérapeutique n'est pas nouvelle, elle trouve son origine dans les travaux de psychothérapeutes humanistes comme Carl Rogers. Mais l'approche expérientielle l'inscrit dans nos réalités d'aujourd'hui face aux addictions.

En quoi cela modifie-t-il les pratiques psychothérapeutiques ?

Cela modifie les pratiques psychothérapeutiques comme les autres pratiques, médicales ou socio-éducatives par exemple. Mais il est vrai que la séparation entre RdR et psychothérapie a été certainement l'une des plus profondes. La

psychothérapie étant en France depuis les années 1950 presque entièrement « d'inspiration psychanalytique », elle a connu dans le champ des addictions un des principaux travers d'une part de la psychanalyse : une certaine négation du social aboutissant à ne s'intéresser qu'à un sujet abstrait, « purement psychique ». Les psychothérapeutes ont donc été peu nombreux à s'impliquer dans la pratique de la RdR, à accepter d'« aller vers » et à remettre en question leur dispositif pour aider des personnes autrement que par la seule écoute passive. Il est par exemple inimaginable pour beaucoup qu'un accompagnement psychothérapeutique puisse se faire au cours d'un programme d'éducation aux risques liés à l'injection. Une nouvelle génération de psychothérapeutes s'ouvre aujourd'hui à des formations plus éclectiques comme les pratiques psychocorporelles, groupales, psycho-éducatives ou psychosociales. Des pratiques qui ne peuvent plus être isolées dans un bureau d'entretien, mais qui associent les thérapeutes avec le patient, les divers professionnels entre eux et mettent les compétences de chacun au profit d'un programme thérapeutique conçu et mis en œuvre collectivement, comme nous essayons de le faire au centre Kairos.

Quels sont les enjeux de demain pour les patients et pour le dispositif de RdR et de soins ?

Les enjeux sont considérables. Il me semble que le tout premier de ces enjeux sera la capacité des institutions et des professionnels à mettre en pratique une collaboration avec les usagers et une transdisciplinarité dynamique. Cela va nous obliger à repenser des systèmes (au sens systémique) de travail en commun, sous forme de programmes d'aide ou de soins à la fois structurés et souples, dans lesquels chacun pourra apporter sa créativité et ses compétences. Cela va nous obliger à remettre en question les cloisons établies par l'histoire, notamment entre RdR et soins. Bref, je crois que cela va nous obliger à réinventer nos pratiques et nos façons de travailler ensemble. Certains n'aiment pas ce genre de propos, considérant qu'on disqualifie ainsi ce qui a été conçu au fil du passé. Je crois, pour ma part, que de penser le présent en se demandant si on peut être plus utile pour les usagers, ce n'est pas injurier le passé, mais c'est remplir nos missions pour la collectivité qui ne cesse d'évoluer.



La difficile greffe de l'*outreach** en France

Alexandre Marchant / Doctorant en histoire à l'ENS de Cachan

« Aller vers »... les usagers de drogue pour mieux les connaître et leur offrir un soin qu'ils n'auraient peut-être pas sollicité d'eux-mêmes. La logique peut sembler évidente : pourtant, elle eut du mal à s'imposer historiquement et institutionnellement, surtout en France où le système de soin spécialisé a longtemps été marqué par une grande rigidité et où la loi de 1970 faisait du toxicomane une victime ou un délinquant, mais pas un acteur légitime dans la mise en place d'un soin qui, pourtant, le concerne au premier chef.

L'*outreach* n'est pas seulement une pratique visant à fournir des services sociaux et médicaux à des populations échappant à l'offre de soin existante, c'est aussi l'idée de recruter, dans les équipes d'intervention, des usagers, anciens ou actifs (souvent substitués), en raison de leur connaissance des produits, des pratiques de consommation et des lieux d'approvisionnement. Ce lien tissé entre les professionnels et les « pairs » (*peer*) doit permettre de mieux atteindre l'usager de drogue dans le besoin et aussi d'améliorer le travail de rue, en collant au plus près des lieux de vente et de consommation. L'*outreach* peut aussi déboucher sur des recherches-actions originales où le travail médico-social est couplé à une enquête ethnographique pour en savoir plus sur les usages dans leur contexte. En France, le débat sur l'*outreach* fut dominé par les références étrangères, des expériences fondatrices américaines jusqu'à la philosophie de la réduction des risques (RdR) des Britanniques, en passant par les exemples marquants des groupes d'auto-soutien néerlandais ou des *sleep in* à Zürich¹. Mais

* Activité destinée à atteindre des individus difficiles à rejoindre, à l'image de certains usagers de drogues

¹ Pour un tour d'horizon : rapport *Insights, Outreach Work Among Drug Users in Europe*, EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), 1999

² Stimson GV, Lart R. HIV, drugs, and public health in England: new worlds, old tunes. *Int J Addict* 1991;26(12):1263-77

³ Hughes P. Behind the wall of respect. *Community experiments in heroin addiction control*. University of Chicago Press, Chicago-London, 1977

⁴ Coppel A. Faut-il domestiquer les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Paris : La Découverte, 2002 : chap 7

les expériences d'*outreach work* en France furent importantes dans l'essor de la RdR au tournant des années 1980-1990 et, ici comme ailleurs, elles furent stimulées par l'épidémie de sida qui contribua à redéfinir les objectifs de la lutte contre les drogues en affirmant que la protection de la santé devait redevenir l'objectif premier².

Naissance de l'*outreach*

L'*outreach* en matière de toxicomanie naît à Chicago en 1969, ville par ailleurs associée à une tradition universitaire de travaux sociologiques pionniers fondés sur l'observation participante. Le

Dr Patrick Hughes cherche à rendre plus efficace l'offre de soins de son centre en matière de substitution à la méthadone. Il a l'idée d'associer médecins, chercheurs ethnographiques et usagers de drogue, regroupés au sein du *Chicago Ethnographical Outreach Workers* (CEOW), dans le but d'avoir une meilleure idée de l'épidémie d'héroïnomanie qui sévissait aux alentours de la 43^e rue, par-delà le « mur du respect », couvert de motifs exaltant le mouvement des droits civiques, séparant le reste de la ville d'un immense ghetto noir. Pas moins de 36 usagers sous méthadone sont recrutés comme relais et passeurs et c'est sous la protection de personnages comme Rabbi, héroïnomanie noir de 40 ans, éminemment respecté dans le quartier, que Hughes peut pénétrer sans risques dans le ghetto et administrer les premiers soins aux injecteurs. Cinq ans plus tard, presque tous les héroïnomanes du coin sont sous soins médicaux, certains sous méthadone. Est également reconstituée l'histoire de ce quartier, de l'arrivée de l'héroïne dans l'immédiat après-guerre jusqu'à la manière dont le trafic s'organise à présent³. Même si la municipalité a quelques réticences sur les aspects audacieux du projet, elle autorise une autre expérience entre 1967 et 1971 dans les Altgeld Garden, autre quartier noir, très pauvre, et haut lieu de l'activisme politique des Black Panthers. Si l'héroïnomanie ne disparaît pas pour autant, en 1972, sur les 105 héroïnomanes identifiés quelques années auparavant, il n'en reste plus que 10 sans traitement⁴. La recherche-action ethnographique inspirera également tout un courant de la sociologie critique à mesure que la ségrégation socio-spatiale en milieu urbain s'affirmera, aux États-Unis comme ailleurs. Ainsi, en septembre 1983, l'université Paris-Nord de Villetaneuse ouvre un observatoire provisoire à La Courneuve dont le but est d'évaluer



un projet de développement social des quartiers. Les sociologues Anne Coppel, Christian Bachmann et Jacky Simonin, inspirés par les exemples de Chicago, se livrent à une description ethnographique abondante, entre autres, l'inquiétante diffusion de l'héroïnomanie par injection, attestée par les entretiens avec les gardiens d'immeuble et les traces d'injection dans les caves ou les escaliers, et tentent d'aller à la rencontre de ces marges invisibles.

Aller à la rencontre de populations invisibles dans les années 1980

Les années 1980 en France sont en effet marquées par un paradoxe : l'héroïne est un fléau qui fauche en masse mais, hormis quelques scènes visibles à Paris (comme l'îlot Chalon en 1984*), la plupart des nouveaux héroïnomanes, en situation de grande précarité sociale, sont invisibles. Et le déni de certains élus locaux, dans la banlieue populaire parisienne où se concentre le chômage, est patent. En 1983, Anne Coppel accepte de participer, avec le Dr Didier Touzeau, à la commission toxicomanie que vient de créer Gaston Viens, le maire d'Orly. Officiellement, ni les services de la DDASS, ni le centre médico-psychologique ne déclarent avoir des toxicomanes comme patients et la MJC semble être coupée de beaucoup de jeunes. En 1985, grâce aux méthodes d'*outreach*, les premiers héroïnomanes sortent de l'ombre. L'enquête, en 1986, fait ressortir environ 200 toxicomanes sur 20 000 habitants à Orly, des modes de diffusion et de consommation (une dizaine de jeunes entre 16 et 18 ans avaient testé l'héroïne au début des années 1980 et formaient une « génération » errant en bas des escaliers) et surtout l'impact d'une représentation sociale si négative (junkie, malade, petit délinquant) que les toxicomanes eux-mêmes n'étaient pas incités à démarcher les services d'aide médico-sociale et que les professionnels ne pouvaient imaginer que des personnes qu'ils côtoyaient tous les jours pouvaient être des usagers de drogue. Mais l'enquête a surtout un goût amer pour ceux qui l'ont réalisée : revenant sur place dix ans plus tard, ils constatent que la moitié des toxicomanes identifiés sont morts d'overdose, de septicémie liée au manque d'hygiène pour les injections, ou bien du sida transmis par seringue usagée⁵. Or, Orly n'était sans doute pas un cas isolé : le déni de l'*outreach* a causé, dans ces années-là, une véritable hécatombe, dont on peine encore aujourd'hui à estimer les contours...

Paradoxalement, le système de soins en matière de toxicomanie s'était à l'époque fermé aux nouveaux usagers, massivement refoulés hors du système. Un corpus théorique fondé essentiellement sur la psychanalyse, défendu par Claude Olivenstein par l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT, devenue

depuis ANITeA, ancêtre de la Fédération Addiction), impose l'idée que le toxicomane devait être « mûr » pour décrocher et accomplir une démarche volontaire, entraînant un effet de sélection dans les centres spécialisés, tandis que la restriction des pratiques autour des traitements psychothérapeutiques en ambulatoire empêche la généralisation des programmes expérimentaux de méthadone et ne convient plus à une population incapable d'affronter l'abstinence⁶. Même les centres qui fonctionnaient sur le modèle de la *free-clinic* avec un travail de rue et des éducateurs « allant vers » les usagers, comme ceux de l'Abbaye de Saint-Germain-des-Prés, se sont professionnalisés (les anciens toxicomanes s'étaient raréfiés parmi le personnel) et repliés sur une clientèle de toxicomanes « aisés », incapables de répondre aux urgences des consommateurs d'héroïne et bientôt de crack, sans emploi, sans ressources et parfois sans logement. Anna Fradet, dirigeant pour le compte de SOS Drogue-International, le premier *Sleep In* à Paris en 1994, structure qui correspond au *Housing First* (un hébergement d'abord avant la démarche de soin), parle ainsi de ce centre historique en des termes très durs : « Il n'y a rien dans ce centre de l'Abbaye, de fondamentalement attirant. Aucun soin précis, efficace, n'est pratiqué, et l'aide, se voulant uniquement psychologique, se révèle très vite insuffisante. La consultation – quand consultation il pouvait y avoir – n'allait pas au-delà d'elle-même, pas au-delà du seul formalisme de sa raison d'être. [...] Dans ce centre de Saint-Germain-des-Prés, rien n'était fait pour la nuit... C'est précisément que cette question-là ne se posait pas en priorité : l'Abbaye peu à peu se révélait à mes yeux comme un établissement bourgeois, fréquenté très épisodiquement et très parcimonieusement par des toxicomanes sinon "tous bon chic bon genre", du moins nantis, vivant au foyer familial, disposant sans restriction d'un toit, donc d'un abri, de cet abri fondamental, précieux, inestimable même »⁷.

Donner la parole à des populations marginalisées aux besoins spécifiques

En « allant vers », l'aide médico-sociale atteint les marges de la société et contribue à sauver des vies. Le *Sleep In* d'Anna Fradet ne répond pas à d'autre but que celui d'arracher le toxicomane à la fatalité du squat, avec son insécurité et ses misères. Ainsi peut-on rapporter un poignant témoignage à propos d'une consommatrice de crack : « Ce sont ses copains qui l'ont amenée au *Sleep In*, sa langue sortait toute entière de sa bouche et pendant à droite, ses yeux révoltés, elle ne pouvait pas avancer, ne pouvait plus bouger, on l'a prise, on l'a douchée, on l'a couchée et elle est restée. Séropositive, atteinte des hépatites B et C, amoureuse folle des injections de Skenan®, du *Sleep In* elle s'est retrouvée hospitalisée pour une toxoplasmose céré-

* Voir *Swaps* n° 68, 3^e trimestre 2012

⁵ Coppel A. op. cit. chapitre 6. Et témoignage recueilli auprès de la sociologue elle-même

⁶ Bergeron H. *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. Paris : PUF, 1999 : partie IV et 254-62

⁷ Fradet A. *Chez moi, on ne crache pas par terre*. Paris : L'Esprit Frappeur, 2003 : 34

brale. Elle a survécu »⁸. À côté de cela, pour 10 francs par jour, une trentaine d'usagers en détresse peuvent manger, se laver et surtout dormir, et être écoutés par une assistante sociale, un médecin généraliste et un infirmier.

« Aller vers » vise aussi à donner la parole à des groupes qui n'avaient guère le droit à l'expression et n'étaient pas entendus des institutions, pouvant donner naissance à des projets de santé communautaire. Elle ne se limite pas aux toxicomanes, mais à d'autres catégories, comme les prostituées, les deux univers sociaux étant d'ailleurs souvent entremêlés. Une pareille démarche pourrait être illustrée avec la recherche-action d'Anne Coppel menée auprès des prostituées de la rue Saint-Denis. Ce milieu marginal, aussi caractérisé par des cas problématiques de consommation d'héroïne, de cocaïne, de Rohypnol® ou de Valium®, avait déjà été approché par des épidémiologistes en 1988, mais s'était refermé devant l'attitude froide des enquêteurs. Anne Coppel, avec l'aide d'une prostituée toxicomane, Lydia, et la collaboration du centre OMS-sida et de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), entame une nouvelle enquête sur les besoins de cette population, mais en collectant des histoires de vie, associant ainsi les prostituées à la recherche. Des « cahiers de confidences » qui circulent dans la rue en 1990 ressortent des récits poignants de femmes en grande précarité, atteintes de maladie sexuellement transmissible (MST), parfois sous la coupe d'un proxénète, ou immigrées en situation irrégulière, mais aussi des revendications précises en termes d'hygiène (lieux de travail, utilisation du préservatif), de fin du délit de racolage et d'accès à la Sécurité sociale. Dans le sillage de cette enquête, est mis en place, par les mêmes partenaires, le « bus des femmes », équipe mobile de rue ayant un « objectif de prévention par les pairs ». Circulant sur les boulevards extérieurs, de cours de Vincennes à porte de la Chapelle, le bus offre un accueil, répond aux situations d'urgence, diffuse des préservatifs et des messages de prévention⁹.

Des difficultés de l'*outreach* à l'aune de quelques exemples

Le débat sur la RdR engagé au tournant des années 1980-1990, sur les questions d'échanges de seringues ou de substitution, ouvre la porte à l'*outreach* en France. Mais l'échec ou la demi-réussite de certaines tentatives nous montre que des conditions doivent être réunies pour que l'« aller vers » soit efficace et qu'il subsistera toujours des limites compte tenu de la nature du procédé !

Un premier écueil a pu être constaté avec les programmes expérimentaux d'échanges de seringues (PES). En décembre 1988, une initiative portée par Médecins du Monde (MDM), s'inspirant des pra-

tiques en cours à New York ou à Amsterdam, est appuyée par la Direction générale de la santé (DGS) qui lui adjoint deux autres programmes expérimentaux, à Marseille et en Seine-Saint-Denis. La greffe prendra assez mal, comme le montre, en 1992, le rapport d'évaluation : à peine 4 000 seringues distribuées sur un an, les deux tiers à Paris, à côté de 900 000 pour les programmes amstellodamois. À Paris, Jean-Pierre Lhomme, de MDM, a conçu le programme de la rue du Jura et le bus associé comme un moyen « d'aller à la rencontre de cette population d'exclus dans son lieu de vie »¹⁰. Mais, à Marseille, on proposait aux toxicomanes le shoot propre ou la cure comme moyens exclusifs, sans considérer la seringue stérile comme une manière de s'insérer dans les pratiques de l'usager pour mieux en réduire les risques. Pour un financement annuel de près d'un million de francs, le centre de Marseille n'avait distribué en un an qu'une seule seringue, d'où l'ironie des partisans de la RdR sur la « seringue d'or » du responsable du centre, le Dr Pratt. Or, l'écoute est primordiale dans l'*outreach* pour que l'accord sur la prise en charge se fasse entre soignant et usager, c'est ce que mettront en pratique avec plus de succès les intervenants de la clinique Liberté de Bagneux à partir de 1992, avec la distribution de méthadone auprès de 300 usagers sur la base d'un partage d'intérêt et des intentions des uns et des autres : « Cet apprentissage était indispensable en tant que soignante pour aider à l'adaptation individuelle du traitement. Mais l'enjeu de ces échanges n'était pas directement thérapeutique ou éducatif. Pour que les usagers d'héroïne soient les acteurs de leur traitement, ils devaient s'approprier la démarche de la RdR. Ils ne pouvaient le faire qu'à partir de leur expérience : encore fallait-il la reconceptualiser »¹¹.

L'autre problème de l'*outreach* est la confrontation entre les professionnels et les usagers recrutés : les premiers n'apprécient pas de devoir collaborer avec des éventuels patients et invoquent la « distance thérapeutique », les seconds ont parfois du mal à intégrer les logiques institutionnelles. Ce conflit perdit également l'association Arcades en Seine-Saint-Denis, un ambitieux projet né de la rencontre en 1990 entre la psychologue Nelly Boullenger et un appel d'offre de l'Agence française de lutte contre le sida visant à financer une recherche-action de prévention et d'enquête ethnographique. En engageant des toxicomanes anciens ou actifs, Arcades se fait rapidement ouvrir les portes des cités, atteint les usagers, pénètre au cœur des appartements et des squats où prend place le trafic. Forte de sa connaissance des réseaux et des personnes sur le terrain, l'association est reconnue officiellement à sa juste valeur et reçoit, en 1992, la charge du PES expérimental, jadis entre les mains du centre Le Corbillon et du Dr Roy. Mais cette reconnaissance a sa contrepartie : débordée par la tâche et la gestion d'une boutique d'échange de seringues ouverte en 1993, Le Pav',

⁸ Fradet A. op. cit., p. 61

⁹ Coppel A. op. cit., chap 2 et 3. Et aussi : *Écrire pour exister*. Vacarme, 2009 ; 46

¹⁰ Facy F. Suivi épidémiologique des programmes expérimentaux de prévention des risques de transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse avec échange de seringue. Inserm, 1992. Et lettre d'information du Crips, 1992 ; 23

¹¹ Coppel A. op. cit., chap 23, p. 316. A. Coppel était intervenante dans ce centre dirigé par le Dr Touzeau



minée par les conflits internes liés à la professionnalisation croissante de la structure, Arcades entonne son chant du cygne en 1996 lorsque l'un de ses membres-usagers est compromis dans une affaire de trafic de stupéfiants avec saisie de 25 kg de cannabis dans sa voiture¹².

Une démarche d'*outreach* peut aussi échouer du fait de sa reconnaissance et de son intégration dans des logiques institutionnelles et politiques qui détruisent ce qui a été réalisé sur le terrain. Le Dr Elliot Imbert, à la tête de l'association Apothicom, invente, en 1992, un kit d'injection stérilisé, le Stéribox®, sur la base de l'expérience des injecteurs afin de limiter les risques de transmission du sida. Bien accueillie par les professionnels et la DGS, qui y voient un remarquable outil de prévention et de RdR, le Stéribox®, contribue à instaurer un dialogue entre usagers et pharmaciens. Cette logique est cependant sérieusement compromise quand l'État reprend, en 1994, la fabrication du kit et accorde son appel d'offre pour les seringues à Euromédix, et non plus à Becton Dickinson. Le résultat est catastrophique: la nouvelle seringue, plus adaptée à des diabétiques qu'à des héroïnomanes, ne s'insère guère dans les usages des injecteurs et les ventes chutent de 20% en quelques mois¹³, brisant l'élan des succès enregistrés en matière de RdR infectieux. Il faudra mettre au point une seconde version du kit.

Enfin, comme tous les programmes de RdR accueillant des toxicomanes sans contrepartie d'un arrêt immédiat de leur consommation, les expériences d'*outreach* se heurtent aussi au problème concret de l'opposition des riverains, cherchant et obtenant parfois le soutien des élus locaux. Le bus couplé au PES du Corbillon entre 1990 et 1992 se heurte à l'opposition du maire de la Courneuve qui conteste le choix d'un arrêt dans la cité des 4000. Quant au *Sleep In* d'Anna Fradet, dans le quartier Marx-Dormoy, il ouvre à point nommé pour accueillir des crackers tout juste délogés de la place Stalingrad à l'automne 1994 et répartis dans des squats entre les voies ferrées et le bd Ney. Le *Sleep In* devra alors affronter la foudre de commerçants

et de riverains du quartier de l'Olive regroupés dans une association, Olive 18, revendiquant, en 1997, 350 membres et sommant dans ses couloirs le ministre de l'Intérieur de faire fermer ce point de « fixation » de toxicomanes¹⁴.

La reconnaissance de l'expertise des associations d'usagers au début des années 1990

Dernière caractéristique de l'*outreach*, le toxicomane étant considéré comme un partenaire, les regroupements d'usagers, afin de faire profiter de leur expertise, sont clairement encouragés. Cette nécessité s'appuie sur le constat d'une

célèbre étude de Samuel Friedman portant sur les héroïnomanes de New York entre 1985 et 1987. Son enquête montre que 60% des usagers de drogue par voie intraveineuse ont progressivement cessé le partage de seringues¹⁵, mais aussi que le discours de prévention s'est essentiellement diffusé entre usagers. Ces derniers, regroupés sous forme d'association de « pairs », peuvent donc être des acteurs légitimes étroitement associés à la construction de l'offre de soins qui leur est destinée, en tirant les leçons de leur expérience et en aidant leurs semblables. Un pareil phénomène pouvait s'observer à l'époque au niveau des associations d'homosexuels faisant de la prévention également pour lutter contre le sida.

L'auto-support se développe ainsi en France en suivant le mouvement d'autres pays. En écho à la création en 1989 de la *JES Bundesverband* en Allemagne ou encore de la *New South Wales Users and Aids Association* (NUAA) en Australie, d'un réseau européen de groupes d'auto-support en 1990 et de son activité en marge de la conférence d'Amsterdam sur le sida de 1992, l'association Auto-support usagers de drogues (ASUD) voit le jour en France la même année. Certes, on ne retrouve pas l'extraordinaire avance des Néerlandais en ce domaine où les *Junkie Bonden* (« ligues de junkies ») ont fleuri depuis Rotterdam en 1977 et où la *Medisch Dienst Heroïn Gebruikers* (MDHG, association d'usagers d'héroïne) à Amsterdam s'est investie dans la mise en œuvre des PES et de méthadone des services de santé de la municipalité¹⁶. Mais l'institutionnalisation de la RdR a bien permis en France la naissance du groupe d'usagers comme acteur de santé publique, autour d'une myriade d'associations (SAS ou Méthaviv), dont, seule, ASUD subsistera.

Le cas français illustre cependant certaines limites de l'*outreach* dans le rôle que l'on peut donner aux usagers. Le cadre répressif de la loi de 1970 interdit strictement toute incitation à l'usage de drogue et donne des marges de manœuvre très restreintes à ASUD. Le débat sur la RdR a rapidement été dominé par la substitution (méthadone ou Subutex®), dans un contexte de lutte contre un péril infectieux (sida, hépatites) et les groupes d'usagers ont été transformés en simples auxiliaires des médecins dans les centres ou les boutiques, dans un dispositif figé, par les protocoles méthadones de 1990 et 1994, puis la loi de 2004, n'évoluant guère vers la capture de nouveaux publics, ce que dénoncent parfois avec amertume certains leaders de ces mouvements¹⁷. Cette « sanitarisaiton » de la RdR nie certaines dimensions fondamentales de l'*outreach*: faire progresser en permanence la connaissance des usages, et surtout penser la possibilité de développer de nouveaux échanges sociaux et politiques, pas seulement médicaux, avec les usagers de drogue. En ce sens, on n'a pas encore épuisé toutes les potentialités de la démarche d'« aller vers ».

¹² Coppel A. *op. cit.*, chap 10. Et aussi rapports de l'association Arcades, Archives nationales, ministère de la Santé, CAC 19980329/64

¹³ Libération. Les nouvelles seringues en accusation. 15 février 1996

¹⁴ Libération. Haro sur un foyer pour toxicos. 15 avril 1997

¹⁵ Friedman S. *Don Des Jarlais. AIDS and self-organization among intravenous drug users. Substance Use and Misuse 1987*: 22

¹⁶ Toufik A. Une première: la place reconnue de l'auto-support des usagers de drogue. *Transcriptase 1992*, 8

¹⁷ Olivet F. L'auto-support dans la réduction des risques. ASUD: www.asud.org/2013/01/23/autosupport-et-reduction-des-risques

Coalitions politiques et réduction des risques au pays de Heidi

Jean-Félix Savary / Secrétaire général du Groupement romand d'études des addictions (GREA)

La Suisse est parfois considérée comme un modèle de pragmatisme pour sa politique en matière de drogues. Selon certains zélateurs, elle aurait même fait office de « pionnier » dans un monde réfractaire à l'évidence scientifique qui démontre la pertinence de l'approche de la réduction des risques (RdR). Des résultats incontestables aux niveaux de la sécurité et de la santé publique auraient permis de convaincre la population de mettre en œuvre une politique pragmatique. Si cette image d'Épinal peut contenir une certaine part de vérité, il convient de dépasser le cliché pour regarder plus précisément ce qui a permis des innovations dans ce domaine sensible. Pourquoi est-ce l'un des pays les plus conservateurs d'Europe qui développe des réponses « nouvelles » sur un sujet de société si sensible ?

Cet article tente de répondre à cette question, en s'appuyant sur le modèle de l'Advocacy Coalition Framework (ACF) et sur l'analyse du système politique suisse, qui offre des conditions cadres spécifiques, favorables en Suisse. Il tente de démontrer la supériorité des coalitions « bottom-up » au niveau local pour la promotion de solutions pragmatiques en matière de drogues.

Conditions cadres et moteur du changement

Le processus d'émergence d'une politique de RdR en Suisse est fortement lié à des situations locales particulières (notamment les villes de Berne et Zürich) où les acteurs ont su prendre une certaine distance avec la vision traditionnelle.

Le système politique suisse

La Suisse dispose d'un système fédéral à trois niveaux : les communes (villes), les cantons et la Confédération. Contrairement à d'autres types de fédéralisme, qui voient un État central disputer la réalité du pouvoir avec les niveaux inférieurs, le principe de subsidiarité renverse la perspective et place le niveau inférieur de décision comme premier lieu de décision. Ce n'est que pour les problèmes complexes, qui ne trouvent pas de réponses localement, que le niveau supérieur est sollicité (cantons), alors que seules les politiques globales sont confiées à l'État

Une autre caractéristique centrale du système suisse consiste en ses mécanismes de « démocratie directe ». Aux autorités représentatives élues viennent s'adjoindre des modes d'expression directe du peuple, que sont l'initiative (proposer une modification de la constitution) et le référendum (s'opposer à une législation votée par un parlement). Avec un nombre suffisant de signatures, il est possible de contraindre le recours au vote populaire toutes sortes de propositions et/ou de bloquer des compromis élaborés à l'intérieur de cercles technocratiques restreints.

Ces formes ancestrales de démocratie directe ont un impact très fort sur la formulation des politiques publiques. En effet, s'il entend conserver le minimum de stabilité nécessaire à une bonne gestion de la chose publique sur le long terme, le système doit en permanence tenter d'intégrer les forces politiques qui disposent d'une « capacité référendaire »¹. Cela se traduit par des processus de consultation très lourds et parfois extrêmement longs dans la prise de décision. À tous les échelons (villes, cantons, Confédération), on retrouve cette préoccupation dans la forme des gouvernements, en coalition

¹ Kriesi H. *Entscheidungsstrukturen und Entscheidungsprozesse in der Schweizer Politik*. Frankfurt, Campus Verlag, 1980

fédéral (infrastructures, défense nationale, politique étrangère, assurances sociales).



des principaux partis, contrairement à la pratique dominante dans les démocraties où le parti majoritaire assume entièrement la responsabilité gouvernementale.

Ces deux caractéristiques du système suisse, démocratie semi-directe et principe de subsidiarité, s'allient pour offrir des conditions propices à l'émergence d'une nouvelle politique. L'obligation de trouver des réponses au niveau local et la nécessité d'intégrer tous les acteurs qui ont une capacité de blocage des décisions permettront de rassembler les parties prenantes dans un processus de « gestion » des problèmes, en prenant une certaine liberté avec la vision dominante.

Les coalitions de cause comme moteur du changement politique

La science politique a développé de nombreux modèles d'analyse des politiques publiques, qui tentent de rendre compte des réponses de l'État dans le cadre complexe de nos sociétés démocratiques contemporaines. Ils mettent l'accent sur les dynamiques collectives sous-jacentes aux changements, afin de mieux saisir ce qui peut expliquer les évolutions et les adaptations de nos politiques publiques. Parmi ce foisonnement théorique, le modèle développé par Sabatier et Jenkins, dit « ACF », connaît un succès toujours vif pour les politiques publiques qui comportent des objectifs « en tension », comme les politiques en matière de drogues²⁻⁴ : « L'ACF convient tout particulièrement pour comprendre et gérer les problèmes “retors” (*wicked*), c'est-à-dire ceux qui impliquent des conflits en termes d'objectifs, des controverses techniques et de multiples acteurs issus de différents niveaux de gouvernement »⁵.

Sur le changement politique, elle postule d'abord pour l'existence de sous-systèmes en charge d'une politique particulière. « Un sous-système de politique publique est composé d'acteurs issus d'agences et d'institutions législatives à tous les niveaux de gouvernement, de leaders de groupes d'intérêt, de chercheurs et de journalistes qui cherchent régulièrement à influencer les décisions politiques à l'intérieur d'un domaine particulier »⁵. Ainsi, pour chaque sous-système, des agrégats d'acteurs d'horizons divers se forment pour influencer le développement et l'adaptation de l'action publique. Ces acteurs « partagent un système de croyances liées à l'action publique et coordonnent leurs comportements dans une certaine mesure »⁵. Au-delà d'une vision commune, une coordination se développe sur des aspects opérationnels et stratégiques. « Chaque coalition développe un ensemble de stratégies incluant l'utilisation de ses ressources politiques (argent, informations, autorité légale, etc.) dans le but de

contrôler la politique publique. Les décisions politiques (lois, décrets, allocations budgétaires) produisent alors des résultats (*outputs*) et des impacts, qui entraînent des réactions (*feed back*) dans les stratégies et les systèmes de croyances de chaque coalition »⁵.

L'ACF offre donc une modélisation du changement politique fondée sur des coalitions d'acteurs qui partagent des croyances et se concertent sur des stratégies d'action. Ces acteurs sont autant issus du système public que privé et peuvent être actifs dans des champs très divers. Plus que les croyances ou les éléments opérationnels qui leur servent de ciment, c'est avant tout la dimension stratégique qu'il faut retenir. Dans une vision de renversement d'un rapport de force, les acteurs d'une coalition de cause regroupent leurs forces et font un effort de synthèse entre leurs diverses positions. Personne n'a intrinsèquement raison, si ce n'est la coalition dans son ensemble qui tente de renverser le système de croyances antérieur. Ce travail de coalition ne va pas sans tension, ni remises en question, parfois violentes, qui rendent les changements rares et circonscrits à des moments de crise du système.

Les trois étapes du développement de la RdR en Suisse

L'histoire de la politique des quatre piliers en Suisse a été souvent décrite^{2,4,6,7}. Seuls quelques-uns des points saillants seront abordés.

On peut distinguer trois phases dans le développement de la politique des quatre piliers : l'innovation où les premières expériences sont menées au niveau local ; la mise en œuvre, où les villes vont essayer de trouver un nouvel équilibre ; et son institutionnalisation, où un équilibre plus durable est recherché, notamment par l'adoption d'une base législative (acquise en 2008). Chaque phase nous renseigne sur les ressorts du changement.

Innovation et VIH/sida

Confrontée à la montée des problèmes de drogues, la vision traditionaliste de l'abstinence entre en crise au tournant des années 1980. Elle se centrait sur l'idée que la répression du marché devait être secondée par une offre de traitement (forcée au besoin) permettant de « sortir » les personnes toxicomanes de la drogue. Le but était d'éradiquer la drogue, en filiation directe avec la guerre déclenchée par Richard Nixon, dix ans plus tôt. Avec l'arrivée du VIH/sida et la mortalité des usagers de drogues en augmentation, cette posture devient intenable.

Face à une situation qui se dégrade, les usagers prennent l'initiative. À Zurich et à Berne, dans des centres autonomes autogérés, les premiers espaces de consommation à moindre risque voient le jour. Totalement illégaux, mais répondant à un besoin, ces structures communautaires

² Kubler D. *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en œuvre*. Harmattan, Paris, 2000

³ Papadopoulos J, Wälti S, Kübler D. *Gouvernance et légitimité: la politique de la drogue en Suisse comme cas exemplaire*. *Droit et Société* 2001;47:205-35

⁴ Cattacin S, Lucas B. *Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau: les transformations de l'État social en Europe (les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales)*. *Revue française de science politique* 1999;3:379-8

⁵ Sabatier PA. *Advocacy coalition framework (ACF)*. In: Bousaguet L et al. *Dictionnaire des politiques publiques*. Presses de Sciences Po 2010:49-57

⁶ Ceste J. *From the mountain tops: what the world can learn from drug policy change in Switzerland*. New York. Open Society Foundations, 2010

⁷ Boggio J, Cattacin S, Cesoni M, Lucas B. *Apprendre à gérer: politique suisse en matière de drogue*. Genève, Georg éditeur, 1997

« J'aimerais mourir en Suisse, car tout y arrive avec 20 ans de retard »

Albert Einstein

perdurent quelques temps, avec une aide de travailleurs de rue visionnaires. Face à la montée des maladies et aux problèmes d'ordre public de la consommation, une nouvelle approche prenait forme.

Par ailleurs, le refus des usagers de drogues d'entrer dans des offres qui n'étaient pas faites pour eux va petit à petit pousser le monde médical et thérapeutique à faire sa propre révolution. Annie Mino, responsable du service d'abus des substances à Genève, a superbement décrit ces moments difficiles: « Les souffrances que nous imposions à nos patients en les réduisant au choix impossible entre des traitements douloureux et peu efficaces et le renvoi à la marginalité et l'illégalité n'avaient rien de choquant dans ce contexte sacralisé. (...) C'était notre perspective

et nous nous soucions peu de savoir si c'était celle de nos patients. Nous avons bel et bien renoncé à être des médecins, puisque nous renoncions à soulager la souffrance. Il y avait bel et bien une question éthique, mais elle n'était pas là où nous la voyions. Le sida allait m'ouvrir les yeux »⁸. Cette période est caractérisée par l'effritement de la coalition qui soutient la politique traditionnelle (répressive et sanitaire). Des éléments nouveaux (notamment le VIH/sida) viennent bousculer fortement les représentations en vigueur et demandent une adaptation du paradigme de la politique publique. En langage ACF, on dira que la philosophie de la politique en matière de drogue (*policy core*) vacille et que les stratégies (*secondary aspects*) semblent de plus en plus inappropriées. Dans un contexte de blocage et de besoin d'adaptation, de nouvelles réponses émergent sur le terrain, bien loin des cercles de décision, mais au plus près des problèmes.

Mise en œuvre des quatre piliers

Au début des années 1990, la drogue occupe le sommet des préoccupations politiques dans toute la Suisse, les grandes villes connaissent une période très difficile. Alors que les chiffres se détériorent, tant au niveau de la criminalité que de la santé et mortalité des usagers, la chaîne Cable News Network (CNN) filme l'horreur des scènes ouvertes à Zürich et à Berne. En effet, bien qu'affaibli, le modèle traditionnel reste fort et la répression se déchaîne, provoquant des dégâts humains rarement atteints auparavant. Face à l'impossibilité d'éradiquer le marché et la consommation, les forces de l'ordre décident de « parquer » les consommateurs de drogues. Le Platzspitz, puis le Letten, à Zürich, en deviendront le symbole.

La crise du VIH/sida s'associe aussi avec une crise de l'ordre public. Il faut trouver de nouveaux moyens de gestion et faire évoluer les anciens équilibres.

L'affaiblissement de la coalition traditionnelle, centrée sur l'idée d'abstinence, ouvrira des opportunités au niveau local pour une « nouvelle » politique. Face à une situation où une personne seule ne peut prétendre apporter une solution, les villes ont alors un rôle central. En charge de l'espace public et du vivre ensemble, elles sont en première ligne là où les pouvoirs publics nationaux restent prisonniers de la logique de la guerre à la drogue. Elles n'ont d'autres choix que de réunir les acteurs de première ligne pour modeler de nouvelles alliances. De nombreux groupes de travail et de coordination sont mis en place, favorisant la circulation des idées et la compréhension plurielle du problème. « Les échanges qui ont eu lieu entre partenaires de la coordination ont influencé les pratiques. Les données récoltées montrent que ces instances de coordination ont contribué à diminuer les effets des tensions présentes »³.

La pression politique du peuple ne laisse pas le choix aux acteurs en place. Il faut trouver des solutions qui réduisent les problèmes coûte que coûte. Petit à petit, une coalition de travailleurs sociaux, de médecins, puis de forces de l'ordre se met en place, dans un cadre politique local où l'État entre en négociation avec tous les partenaires qui revendiquent chacun une partie de la solution, dans un objectif purement opérationnel: « L'entrée en négociation des acteurs étatiques avec leurs partenaires privés ne semble pas faire partie d'un quelconque programme de démocratisation du fonctionnement des institutions, mais résulte de nécessités fonctionnelles et notamment la production d'acceptabilité »³.

Pendant cette période, un cercle élargi de partenaires crée une « nouvelle coalition de causes », qui s'appuie sur des idées en rupture avec le modèle précédent. Des changements radicaux (espace public, santé) font éclater la coalition traditionnelle, qui n'a pas de réponses concrètes aux problèmes qui se posent, dans un contexte urbain. Laissées seules face à leurs difficultés, les villes doivent trouver des réponses. C'est donc au niveau très local que ces changements ont lieu, les rendant plus faciles, car centrés sur l'amélioration de la qualité de vie de la communauté. Face à une vision « idéale » d'un monde sans drogue, les villes permettent aux acteurs de rouvrir le débat, pour faire évoluer les politiques publiques en la matière. Le paradigme de « l'abstinence » perd du terrain et une constellation d'acteurs se rassemble sur un nouvel équilibre. « On constate ainsi l'émergence d'un nouveau paradigme pour répondre au problème de la drogue dans l'espace urbain, que l'on pourrait appeler un paradigme d'ordre public à visage social »³.

Institutionnalisation

La Confédération suisse saisit rapidement l'enjeu qui se joue sur le terrain et formule ce qui deviendra la politique des quatre piliers. Ne disposant que de faibles pouvoirs en la matière, elle comprend que son rôle est de soutenir les

⁸ Mino A. Arsever S. *J'accuse: les mensonges qui tuent les drogués*. Paris, Calmann-Lévy, 1996



acteurs locaux. Plutôt que d'impulser des solutions venues d'en haut, forte de son expertise technique et de ses ressources financières plus importantes, la Confédération adopte la stratégie de seconder les villes dans leur recherche de solutions. Aidée en cela par des responsables visionnaires, en premier lieu Ruth Dreifuss, conseillère fédérale en charge de la problématique (aujourd'hui membre de la *Global Commission on Drug Policy*), elle autorise la construction d'un édifice favorable à l'innovation locale. Sans bases légales claires, ce chemin se révélera périlleux, avec plusieurs votations populaires sur le sujet. Mais, au final, c'est un pari gagnant, avec la solidification progressive de la politique des quatre piliers.

La législation suisse ne sera finalement adoptée qu'en 2008, après de nombreux débats passionnés. Paradoxalement, il semble que c'est aussi l'époque où la politique en matière de drogue entre à nouveau en ébullition. En effet, les succès remportés sur le terrain, bien documentés par des moyens importants consacrés à la recherche, poussent les acteurs à dépolitiser les débats sur la drogue, considérés de plus en plus comme une question technique et professionnelle. Les dispositifs de coordination se vident progressivement de leur substance, hypothéquant d'autant la capacité d'adaptation du modèle, qui semble en panne. Désormais, d'autres pays se retrouvent en première ligne en matière d'innovation⁹.

En 2010, les dispositifs actuels n'avaient pas vu venir une nouvelle crise qu'ils n'ont pas pu anticiper : le deal de rue. Face à la montée des organisations criminelles et à la multiplication de leurs relais dans l'espace public, les représentations des drogues changent et de nouveaux équilibres doivent à nouveau être trouvés. Dépassant la vieille opposition entre répression et réduction des risques, une nouvelle polarité se fait jour, entre réglementation du marché des drogues et régime de prohibition. Les termes du débat ont changé : présence des dealers dans la rue et sentiment d'insécurité ont remplacé le jugement éthique sur la consommation de produit. Aujourd'hui, comme hier, de nouveaux groupes se forment et certaines villes ont déjà lancé le mouvement. En 2010 à Zürich et en 2011 à Bâle, les autorités de la ville (parlement) ont décidé de réglementer le marché du cannabis. D'autres villes se préparent activement à une telle décision, ouvrant le chemin à une nouvelle évolution du modèle.

Conclusion

Une politique plus importante de santé publique dans le champ de la toxicodépendance a incontestablement constitué une des grandes avancées de ces

⁹ Cattacin S. *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik: Rückblick und Ausblick.* SuchtMagazin 2012(2):9-12

quarante dernières années. Alors que la logique prohibitionniste se renforçait inexorablement,

une vision alternative lui a fait face, portée par des valeurs tout aussi fondamentales de notre société, tels la dignité humaine, la responsabilité individuelle et le droit à la santé. Mais une approche de santé publique comporte aussi des « risques ». Gouvernée par des arguments scientifiques de portée globale, elle est par essence une approche « technique », pilotée par des « experts » et souffre ainsi, « par nature », d'une tendance à porter les politiques à l'inverse du bon sens (« *top-down* »).

Si la Suisse a réussi là où d'autres auraient échoué, n'est-ce pas précisément en raison de son « obstination » à créer du consensus au niveau local, par l'empirisme de ses expérimentations locales, au détriment de toute logique scientifique, voire même démocratique ? La démocratie semi-directe et le principe de subsidiarité se conjuguent ici pour donner des conditions cadres spécialement favorables à l'émergence de réponses adéquates en matière de drogues. Si on peut effectivement parler de « pragmatisme » en matière de drogues en Suisse, c'est plus à son système politique qu'elle le doit et non à une quelconque habilité à « entendre » l'évidence scientifique. La recherche restera toujours prisonnière de dynamiques partisans, qui semblent aujourd'hui se renforcer, alors que souffle dans toute l'Europe un vent populiste de défiance. Si l'expérience suisse peut être utile, c'est avant tout dans la démonstration de force que peuvent prendre des coalitions locales, qui même sans être en accord sur le fond, parviennent à se rassembler autour de stratégies partagées, qui permettent à chacun d'avancer un bout dans la bonne direction.

Les objectifs sont trop nombreux, souvent trop contradictoires, pour qu'une seule personne ait raison en matière de drogues. Les coalitions de cause permettront à de nouveaux équilibres précaires et fragiles de s'instaurer pour un temps, en faisant la synthèse de différentes approches en compétition. Au vu de la nature émotionnelle de son objet, la politique en matière de drogue semble condamnée à s'ancrer durablement dans des processus de concertation et de négociation au niveau local, pour faire émerger une philosophie d'actions qui respecte les intérêts de tous les groupes sociaux, y compris les usagers de substance. L'évidence scientifique servira alors d'argument dans les débats, afin de renforcer et de peaufiner les croyances et les actions à entreprendre. Elle restera cependant au service des acteurs et des objectifs qui peuvent toujours être poursuivis dans le cadre d'un équilibre provisoire qui se joue à l'intérieur de la coalition.

« Questions de réseaux », questions d'éthique¹

Claire Duport / Docteur en sociologie, chargée de recherches à Transverscité, membre du groupe « Questions de réseaux » à Marseille

Travailler sur les réseaux et trafics de drogues nécessite quelques préalables et réflexions sans lesquels les conditions mêmes du travail ne sont pas réunies, le rendent hasardeux, voire impossible. On pense immédiatement aux obstacles auxquels s'expose le chercheur autant que le travailleur social sur ce terrain d'investigation, dont on imagine aisément qu'il est empreint de secrets, parfois de violence, de menaces. On pense aussi aux difficultés à recueillir des informations « complètes », tant les réseaux et les filières sont hiérarchisés et complexes, à la difficulté d'être sur le terrain. Mais travailler sur les réseaux et trafics de drogues nécessite, en plus des préalables habituels à tout travail de recherche et d'action sociale, de (se) construire une éthique, un rapport au monde en quelque sorte, qui, certes, envisage les problèmes techniques, légaux et moraux de ces activités illicites, mais qui leur est supérieur.

Lorsque les institutions sont impuissantes à résoudre un problème (ici celui des trafics de drogues – et donc des usages, car s'il y a vente, il y a achat), lorsque la morale (la distinction du bien et du mal) est défailante pour éclairer le rapport que l'on doit entretenir à un objet, alors une éthique doit prendre place pour donner une forme et une légitimité à ce que l'on fait, avec qui on le fait, et comment.

Ce texte retrace très brièvement, à travers l'exemple du groupe « Questions de réseaux », la manière dont s'est construite une éthique, pour ce groupe et pour ce travail, et la manière dont, à cette condition-là, nous avons pu questionner les réseaux et trafics de drogues.

« Questions de réseaux » est le nom d'un dispositif de travail qui, depuis 2005, réunit un petit groupe d'acteurs sociaux – éducateurs, animateurs, intervenants associatifs – dans les cités des 13^e et 14^e arrondissements de Marseille, accompagné d'un chercheur, dans l'objectif de mieux savoir, de faire avec, à côté ou à proximité des réseaux et trafics de drogues.

Un premier travail collectif avait été mené, accompagné par Pierre Roche², sur les économies de la débrouille. À la suite de ce travail, quelques participants ont souhaité poursuivre leurs réflexions à partir d'un constat de terrain, partagé par la plupart des intervenants sociaux dans les cités : le rajeunissement des personnes impliquées, à divers postes, dans les réseaux de trafics de drogues.

Le problème pour ces intervenants sociaux dans les cités marseillaises n'était pas tant de

connaître les raisons de ce rajeunissement, encore moins de trouver des coupables, que de comprendre comment fonctionnent les trafics à différentes échelles (de l'international au micro-local), pour mieux connaître le rôle et la place de ces jeunes dans les réseaux, pouvoir maintenir des liens avec eux, avec leur entourage, et ainsi poursuivre leur mission éducative. Et plus généralement, travailler à leur posture d'acteurs sociaux dans les cités (et pour certains, aussi d'habitants), lorsque ce travail se réalise à proximité des trafics de drogues, dans des espaces et des lieux investis par les trafics, et auprès de personnes impliquées dans les réseaux.

La confiance se construit, puis s'acquiert

Dans un premier temps, il nous a fallu construire les conditions d'un espace commun : un espace de confiance et de respect mutuel. On ne se connaissait pas, pas tous, en tout cas pas si bien que ça, et pas au point d'exposer des situations personnelles et professionnelles chargées de secrets, d'ampleur morale, voire de risque pour la sécurité de certains ou de leur entourage.

¹ Duport C. In: *L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues*. Addap13-2011. Ouvrage téléchargeable sur: www.laurent-mucchielli.org/index.php?post/2011/12/09/L-intervention-sociale-a-l-epreuve-des-trafic-de-drogues

² Roche P. *La proximité à l'épreuve de l'économie de la débrouille*. 2007



Ensuite, respecter l'anonymat de ceux dont nous allions parler : entre nous lorsque ça se révélait nécessaire, mais surtout impérativement hors du groupe.

Enfin, construire les conditions d'une égalité de position dans le groupe : le fait que chacun soit absolument considéré à l'égal de tous dans ce travail collectif, quelles que soient sa position professionnelle et son histoire personnelle. Ainsi, nous avons élaboré ce qui nous réunissait, et ce faisant, exposé les bases d'une éthique sur laquelle allait reposer l'existence de ce groupe de travail, sa production et les restitutions publiques de cette production.

La base de ce travail : deux convictions communes

– La première est que nous avons tous quelque chose à voir et à faire avec les trafics de drogues. Ce n'est pas seulement l'affaire des autres, c'est l'affaire de chacun. C'est de notre responsabilité, politique et sociale.

Responsabilité politique, parce que nous sommes aussi acteurs (et pas seulement sujets) des politiques et des dispositifs institutionnels qui les mettent en œuvre. Ainsi, les institutions en charge de cette question (la police, la justice pour ce qui concerne la répression des trafics ; la médecine, l'action sociale et éducative pour ce qui concerne les usages ; l'insertion professionnelle, l'école, les logeurs, le monde associatif et militant pour ce qui concerne la trajectoire professionnelle et personnelle) ne sont pas isolées du monde dans lequel elles exercent leur tutelle.

Responsabilité sociale, parce qu'à divers titres, nous sommes tous en prise avec des usages – et donc, les trafics – de drogues (nous-mêmes, des proches, des lieux que nous fréquentons), parce que les trafics de drogues ne se déploient pas dans un monde hors du monde, mais en bas de chez nous, dans la rue ou le quartier d'à côté, et plus globalement dans une société addictogène, une société de la réussite, quels que soient les moyens de cette réussite, une société dont nous faisons partie.

– La seconde conviction est qu'on ne peut pas se satisfaire d'une position morale, qui sépare le bien du mal, le gentil du méchant, le coupable de la victime, le représentant institutionnel du citoyen. Nous voulions mettre en question nos certitudes, trouver d'autres postures professionnelles, initier un espace de dialogue et non désigner le responsable. Nous voulions, nous devions, nous extraire d'une position morale, duale, qui classe les personnes impliquées dans les trafics du côté des mauvais, de ceux qui auraient fait « le choix » de s'acoquiner avec les dealers, pour les raisons évidemment vénales de l'argent facile, ou celles non moins inavouables de relations de « caïdat ». Et qui, de fait, met les autres du côté des bons,

ceux qui, au risque de leur tranquillité sinon de leur sécurité, se tiendraient à l'écart des réseaux et des trafics. Or, il se trouve que, quand bien même on y adhérerait intellectuellement, cette position morale ne résiste pas à l'épreuve du réel : parce que l'implication dans les réseaux de trafics de drogues dans les cités relève rarement de choix évalués et consentis, mais le plus souvent de solution à des situations de pauvreté, voire à la menace ; ou de réponse à un service rendu par un voisin, un proche. Mais aussi parce que les personnes impliquées dans les trafics ne sont jamais « seulement » des dealers, exclus de toute autre forme de relation et de position sociale. Le dealer est aussi un voisin, un frère, un proche ; il est aussi un parent, un élève ; il est aussi quelqu'un qui a des aspirations, souvent les mêmes que les nôtres d'ailleurs, à savoir réussir sa vie « comme tout le monde ». Et puis, cette position morale ne résiste pas non plus au mandat professionnel des acteurs sociaux, ou pour le dire un peu radicalement : lorsque l'on a une mission éducative et sociale dans des quartiers en prise avec les trafics de drogues, si l'on décide qu'il est moralement irrecevable de travailler auprès de gens impliqués dans les trafics, si on ne nourrit pas davantage de liens avec les personnes impliquées dans les réseaux, alors on ne se donne plus les moyens de réduire les risques de captation des jeunes par les réseaux de trafic de drogues. Bref, on ne fait plus son travail de protection et de prévention !

Une position éthique

Cette position éthique nous a permis de reléguer nos jugements moraux, quels qu'ils soient, au rang de points de vue, et d'en parler en tant que tels ; de mieux travailler à la représentation et à la compréhension des phénomènes dont participe le déploiement des trafics de drogues ; d'identifier les positions et les postures qu'occupent les agents des réseaux, au sein des trafics mais aussi dans les autres espaces sociaux de leur vie quotidienne ; de repérer les enjeux pour les populations et pour les acteurs sociaux auprès de ces populations. Et à partir de cette compréhension, de penser nos propres situations et d'élaborer, chacun, sa position et sa posture d'acteur social « à la proximité des trafics de drogues ». Ainsi, si le travail mené par le groupe « Questions de réseaux » témoigne de la possibilité de travailler sur des sujets moralement discutables, sinon répréhensibles, il témoigne aussi de la nécessité d'affirmer que nous sommes concernés par ces sujets, à titre professionnel parfois, personnel toujours, et que cela est une question d'éthique.

La trousse PIJE : un outil pour intervenir auprès des jeunes de la rue à haut risque de commencer à s'injecter des drogues

Élise Roy / Chaire de recherche en toxicomanie, faculté de médecine et des sciences de la santé, université de Sherbrooke, Canada

Joanne Otis / Chaire de recherche en éducation à la santé (CReCES), faculté des sciences de l'éducation, université du Québec à Montréal (UQAM), Canada

Éric Vaillancourt / Chaire de recherche en toxicomanie, faculté de médecine et des sciences de la santé, université de Sherbrooke, Canada

Philippe-Benoît Côté / Service social, université de Montréal, Canada

L'injection de drogues est le résultat de l'interaction complexe entre facteurs individuels et sociaux. Pour prévenir efficacement le passage à l'injection, il est nécessaire d'agir sur l'ensemble de ces facteurs par une diversité d'approches ciblant l'individu et son milieu. Ce texte présente brièvement le processus de développement et les résultats de l'évaluation des effets perçus d'une intervention ciblant les jeunes de la rue au Québec.

Fruit d'un long processus de recherche mené par Élise Roy (université de Sherbrooke) et Joanne Otis (université du Québec, Montréal), la trousse PIJE (prévenir l'injection chez les jeunes) fait partie des interventions innovantes développées par notre équipe de recherche pour prévenir la progression vers une consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes consommateurs. À la suite des études antérieures réalisées sur la santé et la consommation de substances psychoactives chez les jeunes de la rue, le projet PIJE a vu le jour. La moitié des jeunes âgés de 14 à 23 ans s'étaient injectés des substances psychoactives au moins une fois avant leur entrée dans une étude de cohorte prospective menée entre 2000 et 2005. Ces jeunes avaient en moyenne 17 ans lors de l'initiation à l'injection de drogues. Or, on connaît bien les risques accrus de contracter le VIH et les virus des hépatites B et C, de surdoses, voire de décès,

qui sont associés au mode de consommation par injection, et ce, sans compter les méfaits relatifs à la dépendance accrue, à la détériora-

tion de l'aspect physique, à la dégradation rapide des relations interpersonnelles et familiales, etc.

Un constat a rapidement été établi : les interventions reconnues comme efficaces en matière de prévention de l'initiation à l'injection de drogues sont rares. Le projet PIJE a commencé dans la deuxième moitié des années 2000, grâce au financement du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Conçu selon les principes de l'*Intervention Mapping Approach*, une conception théorique de développement de programmes en promotion de la santé¹, le projet PIJE a été réalisé à travers trois phases distinctes (préparatoire, opératoire et évaluative) comportant chacune plusieurs étapes et tâches. Le projet consiste à développer, valider et évaluer une intervention. Il est fondé sur les théories psychosociales du comportement, qui pourraient aider les jeunes à haut risque (âgés de 14 à 21 ans) de s'initier à ce mode de consommation, à ne pas s'injecter de drogues.

¹ Bartholomew LK, Parcel GS, Nell GK, Gottlieb H. *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping Approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2006



Phase préparatoire

Au cours de cette phase, les résultats portant spécifiquement sur le passage à l'injection ont été mis à profit, notamment ceux issus du volet sur les déterminants psychosociaux du passage à l'injection de drogues de l'étude de cohorte 2000-2005. Ceux-ci montraient que les jeunes ayant des croyances de contrôle élevées par rapport à la résistance au passage à l'injection de drogues étaient trois fois moins susceptibles de s'initier en cours de suivi que ceux ayant des croyances plus faibles². La capacité des jeunes à résister aux situations à risque de s'initier à l'injection de drogues a donc été privilégiée comme cible d'intervention principale du projet PIJE. Dans le respect de l'*Intervention Mapping Approach*, l'intervention a été structurée autour de certains facteurs personnels : connaissances, attitudes, perception de la norme sociale et sentiment d'efficacité personnelle ; et externes : soutien ou renforcement.

Phase opératoire

Ensuite, épaulée par différents experts et représentants d'organismes publics et communautaires, l'équipe de recherche a franchi les différentes étapes de la phase opératoire, ce qui a rendu possible l'élaboration du canevas d'intervention, c'est-à-dire l'union cohérente des théories et des pratiques, la production du devis d'intervention et sa mise en œuvre. Il y avait à proprement dit deux niveaux d'objectifs à atteindre, soit un objectif comportemental général, se traduisant par la prévention de l'initiation à l'injection, et des objectifs de performance auxquels se rattachaient des déterminants comme amener le jeune à :

- décider d'éviter l'injection de drogues : lui faire prendre conscience du niveau d'intensité de sa consommation et du lien entre ce dernier et le risque de passer à l'injection ; l'amener à reconnaître les avantages et la norme favorable à éviter l'injection ;
- reconnaître sa vulnérabilité au passage à l'injection de drogues : être en mesure d'identifier les facteurs de risque personnels et environnementaux, que représentent le milieu et les pairs, et adopter une approche critique par rapport à l'influence de ces facteurs sur soi ;

- résister à l'injection de drogues : nommer des situations à risque, ainsi que définir et mettre en pratique des stratégies de résistance.

Les stratégies d'intervention : la trousse PIJE

Pour les sélectionner, l'équipe s'est tournée vers la théorie de l'apprentissage social, selon laquelle l'individu développe des comportements en interaction constante avec le milieu^{3,4}. Par

ailleurs, elle s'est inspirée de l'approche du *coping*⁵, qui réfère à l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales relatives à la maîtrise, à la tolérance ou à l'évitement de l'effet du stress, par exemple lors de situations menaçantes dues à des facteurs d'ordre personnel ou environnemental.

En bout de ligne, l'exercice a permis de cibler des méthodes d'intervention d'apprentissage pouvant se traduire par des activités éducatives :

- l'apprentissage actif, devant amener l'individu à réfléchir à de nouvelles informations à partir d'une situation de départ ;
- la pratique assistée, rendant possible l'expérimentation des habiletés dans un contexte supervisé ;
- le modelage, consistant à présenter plusieurs modèles par lesquels les comportements attendus peuvent être imités ;
- le renforcement positif des bons coups et des apprentissages acquis.

Il ne restait plus qu'à concevoir les différentes activités pour concrétiser la naissance de l'outil d'intervention, la *trousse PIJE* : mini-test, vignette, représentation visuelle, bande dessinée, jeu de rôle, etc.

La trousse PIJE a été développée en vue d'une expérimentation en milieu naturel. La version originale était articulée en fonction d'un programme d'intervention individuelle en cinq rencontres, soutenu par un guide d'animation à l'intention des intervenants. Dans cette version, la première rencontre comprend une série d'activités visant à établir un contact, un lien entre l'intervenant et le jeune, mais également à cerner les forces et les valeurs de ce dernier. Les deuxième et troisième rencontres ont pour dimension centrale les attitudes et le sentiment de vulnérabilité par rapport à l'injection. Enfin, les deux dernières rencontres mettent l'accent sur l'acquisition de compétences à résister et à éviter de passer à l'injection, par l'illustration de diverses situations à risque et stratégies à employer.

Phase d'évaluation

Entre 2008 et 2009, la trousse PIJE a été expérimentée à Montréal par des intervenants de divers organismes partenaires. L'expérimentation a concerné 27 jeunes, soit 17 hommes et 10 femmes. La dernière phase du projet de recherche s'en est suivie. L'évaluation a porté à la fois sur le processus de l'expérimentation en milieu naturel et sur les effets perçus du programme d'intervention. Elle a été menée grâce à un devis de recherche à méthodologie mixte reposant sur une variété d'outils de collecte de données (questionnaires, entrevues semi-dirigées, compte-rendu de réunions, journal de bord des intervenants).

² Roy E, Godin G, Boudreau JF et al. Modeling initiation into drug injection among street youth. *J Drug Educ* 2011;41:119-34

³ Bandura A. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : De Boeck Diffusion, 2003

⁴ Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-26

⁵ Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984

Qu'en ont pensé les intervenants ?

Ils ont considéré la trousse PIJE comme un outil très intéressant, favorisant la réflexion des jeunes, notamment en matière de consommation de drogues, mais aussi plus largement dans d'autres sphères de leur vie. Ils estiment que l'utilisation de la trousse fournit les moyens de prendre contact ou de renforcer un lien avec un jeune, dans un cadre organisé et structuré. Toutefois, le programme en cinq rencontres est exigeant en termes de disponibilité, autant de la part de l'intervenant que du jeune. Il faut préserver une régularité de fréquence et de durée des rencontres individuelles.

Et les jeunes ?

Ils ont estimé que le programme a permis une meilleure connaissance de soi et de sa propre consommation de substances. Il a également favorisé ou renforcé l'appréciation des conséquences négatives de l'injection de drogues,

tout en permettant d'acquérir de meilleures connaissances générales sur la consommation de substances psychoactives, en incluant bien entendu le mode de consommation par injection et ses conséquences. Certains se disent mieux outillés pour résister au passage à l'injection de drogues. Toutefois, les impacts positifs pourraient être moindres pour les plus âgés d'entre eux, qui seraient déjà plus compétents à résister.

À la suite de cette double évaluation, des activités de la trousse PIJE ont été ajustées, notamment pour réduire un effet de redondance entre les activités et augmenter le niveau de réalisme. Il en résulte un programme d'intervention amélioré et actuellement diffusé au Québec.

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de **10 euros pour frais d'envoi** des quatre numéros annuels

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

« *Housing First* » : nouvelles réponses pour les usagers souffrant de troubles psychiques

Martine Lacoste / Directrice de l'association Clémence Isaure, Toulouse

Catherine Péquart / Psychiatre et directrice de l'association Charonne, Paris

Les constats sont convergents, qu'ils relèvent de la simple observation ou d'études^{1,2}, sur la prévalence importante des troubles psychiques et problèmes d'addictions chez les personnes sans-abri. Les dispositifs d'Accueil hébergement insertion (AHI) se révèlent saturés ou inadaptés, et ni la psychiatrie publique, ni le dispositif de soin résidentiel en addictologie ne sont en mesure d'accueillir durablement ces publics.

Insuffisance des dispositifs existants

Pour pallier la détérioration visible de la situation, la tentation est forte de revendiquer toujours plus de moyens pour renforcer les dispositifs existants : plus d'hébergements, plus d'institutionnalisation, et cela dans un contexte de crise économique qui n'autorise qu'à la marge l'augmentation des dépenses socio-sanitaires. Par ailleurs, l'efficacité des services habituels est interrogée. Les acteurs de l'action sociale eux-mêmes, en 2009, lors de la conférence de consensus « Sortir de la rue », ont ouvert une brèche – dans laquelle se sont engouffrés, depuis lors, les différents gouvernements – pour justifier de nouvelles réductions des moyens : la refondation des dispositifs d'AHI et la politique du logement d'abord. La psychiatrie publique est, elle, interpellée sur son efficacité à intégrer la part la plus précaire des personnes souffrant de troubles psychiques.

Des malentendus cliniques traversent constamment les relations entre la psychiatrie et l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux : divergences diagnostiques que les plus récentes classifications ne parviennent pas à accorder, difficultés de collaboration avec,

par exemple, exclusion de fait d'un certain nombre de sujets « comorbides » chez les personnes addictes, primauté de la demande pour engager des propositions de soin, craintes justifiées d'instrumentalisation sécuritaire sur les

soins obligés... À la fois signes et remèdes à ces situations d'impasse, les équipes mobiles « psychiatrie et précarité » ont été créées à la fin des années 1990 afin de permettre l'intégration dans les filières de soins de ces personnes en grande précarité et souffrant de troubles psychiatriques, de travailler en réseau et de rendre compte d'une clinique spécifique.

Autres impasses qui obligent à un changement d'organisation : un dispositif d'hébergement social qui n'offre plus aucune fluidité du fait de l'absence de logements disponibles dans le parc social et un parc privé inaccessible financièrement à ces publics, mais aussi l'insuffisance de l'accompagnement social dans le logement (ASLL ou AVDL) pour les plus fragiles.

C'est dans ce contexte que l'expérimentation du programme *Housing First* (« Un chez-soi d'abord ») se propose de travailler au rapprochement et à l'articulation entre les acteurs de la psychiatrie, du social et des addictions, pour une meilleure prise en charge des personnes concernées. L'objectif : développer de nouvelles réponses pour l'accès au logement, aux soins et à la citoyenneté des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques et présentant des problèmes d'addiction. Le moyen : proposer à ces personnes un logement immédiat sans condition de traitement ou d'abstinence aux drogues, et les accompagner dans cette démarche par un suivi régulier, pluridisciplinaire et intensif.

¹ Joubert M, Chauvin P, Facy E, Ringa V. Précarisation, risque et santé. *Inserm* 2001 : 395-412

² Péquart C, Lacoste M. La réduction des risques : aujourd'hui et demain. *ADSP* septembre 2007 ; 60 : 56-60

Rapprochement au niveau ministériel

En novembre 2009, Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin remettent à la ministre de la Santé et des Sports, Mme Bachelot-Narquin, le rapport « La santé des personnes sans chez-soi »³. Après la description de quelques expériences militantes, et l'évocation d'expériences étrangères, le document ouvre sur des propositions alternatives aux systèmes en place en France, ouvertures inspirées de modèles anglo-saxons et fondées sur deux lignes de force convergentes :

– D'une part, le concept de « rétablissement », né aux États-Unis de la revendication des personnes vivant avec un problème de santé mentale à recouvrer une citoyenneté active. Le rétablissement va au-delà de la réhabilitation psychosociale et de la stabilisation de la maladie psychiatrique, considérée comme irrémédiablement chronique. Il s'appuie sur les compétences et les capacités des personnes elles-mêmes et vise à réformer l'organisation des soins et l'accompagnement.

– D'autre part, « le logement d'abord » reconnaît la situation à l'égard du logement comme un déterminant clé de la santé, et l'absence de logement comme une perte de chance majeure par rapport au soin. L'accès à un logement de droit commun est considéré comme la condition préalable à l'engagement dans les soins et à un parcours d'insertion pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques^{4,5}.

Introduit aux États-Unis depuis les années 1990, le programme *Housing First* d'accompagnement des personnes psychotiques sur un modèle de santé communautaire a porté sur plusieurs milliers de personnes sans-abri entre 2005 et 2007. Il a montré une diminution des durées d'hospitalisation et des incarcérations, et un bilan en termes de coût/efficacité meilleur que les solutions classiques. Au Canada, un programme expérimental *At Home* (Chez-soi) est en cours, incluant plusieurs centaines de personnes, avec des résultats intermédiaires allant dans le même sens. Ces programmes sont actuellement transposés à travers des expérimentations sur plusieurs pays d'Europe (Portugal,

Belgique, Danemark, Écosse, Pays-Bas) et sont même à l'origine de stratégies nationales de lutte contre le « sans-abrisme » en Suède et en Irlande.

En France, c'est en 2010 que la ministre de la Santé et des Sports et le secrétaire d'État en charge du Logement et de l'Urbanisme décident d'expérimenter un programme de ce type. Son pilotage national est confié à la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL)⁶ des personnes sans-abri ou mal logées, en lien avec les différentes directions de l'État (Santé, Sécurité sociale, Cohésion sociale, Habitat et Urbanisme...). La mise en

place, sous l'égide du préfet de région en lien avec les Agences régionales de santé et les collectivités territoriales, a été effectuée depuis 2011 successivement sur quatre sites : Marseille, Toulouse et Lille puis Paris.

Articuler action de terrain et recherche

L'expérimentation a pour objectif de tester si ce programme est transposable dans le contexte français. Elle est accompagnée d'une recherche évaluative. C'est l'un des premiers protocoles de ce type en France : la recherche construite autour de l'action veut mesurer l'utilité du programme pour les participants et le rapport coût/efficacité pour les institutions sanitaires et sociales en le comparant aux modes de prise en charge existants.

Les impacts attendus du logement autonome associé à un accompagnement pluridisciplinaire intensif sont multidimensionnels : stabilité résidentielle des participants, meilleure qualité de vie, utilisation adaptée des services de santé, sociaux et de justice, baisse des coûts totaux de l'utilisation des services (pour l'État et la société).

Le programme de recherche, confié au laboratoire de santé publique du Pr Auquier à Marseille, vise à mesurer les impacts de cette nouvelle stratégie pour déterminer les meilleures options en matière de dispositifs dédiés à ce public. Les bénéficiaires potentiels du programme sont adressés par des orienteurs multiples, parmi lesquels les équipes mobiles « psychiatrie et précarité ». Les personnes rencontrent les investigateurs de la recherche qui s'assurent de leur éligibilité dans le programme et recueillent leur consentement éclairé. Sur chacun des quatre sites, deux cents personnes seront recrutées d'ici fin 2013 : cent bénéficieront de l'accès direct au logement et d'un suivi intensif et les cent autres des services dits « classiques » existant sur le territoire, cela afin de comparer les deux types de prise en charge. La composition des deux groupes est définie par tirage au sort. L'équipe de recherche est, quant à elle, amenée à recueillir les données sur l'ensemble de l'effectif, soit deux cents personnes, durant 24 mois. Elle réalise, via des volets qualitatif et quantitatif, une triple enquête auprès des acteurs institutionnels, des professionnels de terrain et des usagers ; le volet quantitatif porte sur l'utilisation du système de soins, la qualité de vie des personnes et le rétablissement ; le volet qualitatif porte sur la logique des acteurs (dynamiques institutionnelles), les conditions du rétablissement, l'articulation autour de la citoyenneté et le processus de rétablissement.

L'équipe d'accompagnement n'instruit pas la candidature des personnes incluses dans le logement, qui est de la responsabilité de l'équipe de recherche, sur des critères précis de précarité extrême et de diagnostic psychiatrique (schizophrénie ou troubles bipolaires, avec ou sans addictions). Les

³ Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. *La santé des personnes sans chez-soi. Rapport 2009* disponible sur www.ladocumentationfrancaise.fr et sur www.sante.gouv.fr

⁴ Laporte A, Le Méner E, Chauvin P. *La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel : quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France.* In : ONPES, *Les travaux de l'Observatoire 2009-2010, La Documentation française, 2010 : 413-34*

⁵ *Conférence de consensus « Sortir de la rue » : rapport du jury d'audition, décembre 2007* – Disponible sur www.enle.gouv.fr

⁶ *Lettre d'information de la DIHAL, 12 décembre 2012, Hors-série n° 5*



personnes doivent toutefois être en situation de prétendre à un logement (situation régulière ou régularisable sur le territoire français, minima sociaux acquis ou accessibles, droit à une couverture maladie, etc.). Elles doivent également être en capacité de donner leur consentement éclairé (établi après information d'un des médecins investigateurs), comme dans toute recherche clinique. Mais l'accès au logement ne suppose pas l'acceptation de soins psychiatriques ou l'arrêt des conduites addictives; la primauté est donnée sur ce point à la réduction des risques (RdR) et à l'éducation à la santé dans le respect du choix de la personne. Seule l'acceptation d'une rencontre hebdomadaire avec l'équipe pluridisciplinaire dédiée à l'*Housing First* ainsi que le paiement du loyer (sans dépasser 30% des revenus de la personne), si la personne a des revenus, sont requis.

Mais ce protocole de recherche, avec un « bras témoin », suscite beaucoup de résistances chez les professionnels et les associations qui réalisent la partie « action » du programme. Ces derniers s'interrogent sur la question du tirage au sort, méthode qui « met de côté » un certain nombre de bénéficiaires pressentis, après leur avoir donné l'espoir d'une solution.

Par ailleurs, la dimension économique et le rapport coût/efficacité sont totalement intégrés à la recherche, à travers une objectivation économique globale et décloisonnée des coûts des dispositifs actuels (sanitaires, judiciaires, sociaux) et une évaluation du coût du dispositif *Housing First*. Même si les professionnels de la santé et du social admettent la contrainte du « coût raisonnable », cette approche suscite la méfiance. Le « logement d'abord » a été promu sans que suive ou précède une vraie politique du logement; le secteur AHL menaçait d'être démantelé (perte de moyens, mise en concurrence contre-productive des acteurs associatifs); les concertations pour élaborer des propositions de changement des pratiques sociales étaient quasiment inexistantes...

Cependant, la recherche quantitative du programme ne peut être réduite à un unique objectif de rationalisation budgétaire. En parallèle de la mesure des coûts, des données sur les trajectoires des personnes et l'amélioration de leur situation seront récoltées. Quant au volet qualitatif, très attendu par les acteurs, il devrait fournir des informations sur les cultures professionnelles, l'articulation des acteurs entre eux,

les évolutions possibles des dispositifs, la transférabilité des concepts du rétablissement, etc. Ces constats partagés permettront peut-être de faire évoluer les points de vue sur toutes ces questions.

Articuler des équipes de secteurs divers

Mettre en place le programme *Housing First* en France, c'est aussi réunir les compétences complémentaires d'équipes issues de cultures professionnelles différentes: psychiatrie, addictologie, action sociale et opérateurs du logement (intermédiation locative). La mise en place de ce programme s'est heurtée à plusieurs réserves du côté des professionnels concernés. D'une part, elle a pu parfois être interprétée comme une disqualification des accompagnements et suivis prodigués par les dispositifs et services « habituels » au bénéfice du nouveau programme. D'autre part, loger sans condition des personnes atteintes de troubles mentaux, voire d'addictions associées, a soulevé bien des réticences en amont: incapacité des personnes à la vie autonome après des années de grande précarité, ignorance de la clinique psychodynamique de la psychose, discrédit des équipes de psychiatrie qui revendiquent des soins pour tous, mise à mal des dispositifs sociaux, irrecevabilité d'un projet trop cher dans un contexte de restriction budgétaire, et, paradoxalement, critique d'un objectif de réduction des coûts des soins à terme... Malgré cela, les équipes de suivi intensif ont été montées et l'articulation des différents acteurs a fini par prendre forme.

L'équipe de suivi intensif réalise un accompagnement dans le temps et apporte une réponse très rapide en période de crise. Cet accompagnement est assuré essentiellement sous forme de visites à domicile et dans la cité, avec une intensité élevée des services: des démarches concrètes sont menées fréquemment dans et autour du logement et de l'inscription de la personne dans son environnement, les questions de santé globale au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont étudiées. Le ratio d'accompagnement est de un intervenant pour dix personnes logées. Sur chacun des quatre sites, le portage de l'expérimentation s'est mis en place différemment en fonction des contextes locaux, avec toutefois certaines constantes: la place importante du centre hospitalier psychiatrique, l'implication d'un ou de plusieurs porteurs sociaux et/ou

Reportages disponibles sur Dailymotion.com

Le ministère de l'Égalité des territoires et du Logement a mis en ligne, sur son compte Dailymotion, une série de petits films sur le programme *Housing First*. L'occasion de découvrir la façon dont les programmes similaires ont été mis en œuvre en Europe (Finlande, Allemagne, Royaume-Uni), mais aussi de mieux connaître le programme français et d'écouter les témoignages de personnes accueillies. Pour voir les reportages: compte [territoiresgouv](#) sur www.dailymotion.com

médico-sociaux en addictologie et d'organismes de captation du logement. Les objectifs de l'accompagnement sont pluriels : accès et continuité des soins, accès aux droits, à l'insertion, à l'emploi et à la formation, accès à la culture et aux loisirs, motivation pour les démarches de la vie quotidienne, stimulation des investissements pour développer l'accès à une citoyenneté et au sentiment d'une utilité sociale, restauration de l'image de soi et de la confiance en soi, découverte de ses propres compétences. L'*empowerment* comme pratique émancipatrice⁷. En ce qui concerne la vie de ces équipes pluridisciplinaires, l'accompagnement intensif implique un haut seuil d'exigence en matière de cohérence et de collaboration. En effet, chaque membre de l'équipe est amené à exercer son métier à partir d'un tronc commun d'accompagnement au quotidien, pour lequel l'ensemble des intervenants peut être sollicité. Le pilotage et la coordination sont par ailleurs essentiels. C'est au travers de l'accompagnement du quotidien que chacun met son métier comme ressource au service de l'usager.

Des dispositifs et associations promoteurs dans le champ de la RdR aux addictions sont présents à différents titres : dans le comité de pilotage national via la Fédération Addiction, dans les comités départementaux et l'organisation même de la recherche-action (associations Habitat alternatif social [HAS], Clémence Isaure, Charonne, etc.). On relève des points communs entre la perspective du rétablissement, au centre de la stratégie du « Un chez-soi d'abord », et la RdR en addictologie : faire avec les personnes « là où elles sont et là où elles en sont », viser avec pragmatisme la prévention des dommages liés à leurs comportements, l'amélioration de la santé et du confort de vie, dans une inconditionnalité maximale et l'absence de jugement... Comme la RdR en son temps, le logement d'abord et l'accompagnement dans et par le rétablissement pourraient influencer les dispositifs d'accompagnement social des personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiatriques, en mettant en œuvre la réforme nécessaire des pratiques et l'adaptation des dispositifs (refondation) et, qui sait, en amorçant un changement attendu par beaucoup (patients, familles et entourage, professionnels frappant à la porte depuis des années, etc.) dans l'organisation des soins et des partenariats en psychiatrie.

Articuler des professionnels de métier et des médiateurs pairs

Les intervenants du programme travaillent selon le principe du « multi-référencement », modèle d'activité dans lequel des individus collaborent de façon structurée et contextuelle sur la base

d'un dossier commun. Il n'y a pas de référent attribué à chacun, les usagers peuvent faire appel aux compétences de chacun des membres de l'équipe au regard de leurs besoins.

Les équipes de suivi intensif comptent des travailleurs sociaux et des professionnels de santé, qui ne se substituent pas à une prise en charge de droit commun médicale et/ou sociale, avec laquelle elles doivent permettre de renouer. Comme dans « l'idéal médico-social », médecins et autres soignants, professionnels du soin, travaillent dans une étroite collaboration avec chaque patient : cette forme d'intervention conjointe permet une évolution de concert, pour le mieux-être des usagers du programme.

Les équipes intègrent également des « travailleurs pairs » (médiateurs santé pairs), personnes concernées (et se déclarant comme telles) par les pathologies et problématiques des personnes suivies. Elles apportent leur savoir expérientiel et la démonstration qu'un rétablissement social, citoyen et professionnel est possible pour les personnes vivant avec un trouble psychiatrique. Ces pairs mettent au service des usagers leur expérience et une nouvelle forme de professionnalisation. Ils sont souvent amenés à faire de la « traduction » : celle d'une proposition de l'équipe à un usager ou l'inverse, expérimentant ainsi un travail de médiation sociale.

La question de la participation des usagers est centrale dans les lois promulguées en 2002 (loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), elle est même au cœur de la stratégie orientée vers le rétablissement. La stratégie des médiateurs santé pairs existe dans la mise en œuvre des groupes d'entraide mutuelle (GEM) et dans le programme « médiateurs de santé pairs » de l'OMS, qui prévoit l'intervention, dans les équipes de soins psychiatriques, des usagers experts ayant une expérience de vie avec la maladie mentale. Une expérimentation est coordonnée par le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) de Lille, testant ces hypothèses dans des établissements psychiatriques volontaires. Du côté de l'addictologie, cette nécessité d'intégrer des usagers-experts avait présidé à la constitution première des équipes des nouvelles structures de RdR dans les années 1990, mais n'a pas encore trouvé de traduction dans la création d'un nouveau statut professionnel.

L'expérimentation *Housing First* permettra probablement de faire un pas de plus vers la reconnaissance des compétences des usagers. Enfin, la participation des médiateurs santé pairs permet d'importer, au-delà des mouvements d'entraide « anonymes », le paradigme du rétablissement, en le dépoussiérant des dogmes d'abstinence qui lui sont attachés dans les seules déclinaisons jusque-là connues en France.

⁷ Greacen T, Jouet E. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. ERS, 2012

« Aller vers » les internautes : comment décliner l'*outreach* sur le Web ?

Vincent Benso / Technoplus, TREND

Fabrice Perez / Webmaster, Technoplus-ASUD-AFR

Appliquée au Web, la notion d'outreach reste à définir. Peut-on partir du principe qu'être présent sur Internet c'est déjà « aller vers » les internautes ? Non, car ce serait passer à côté de la dimension essentielle de l'outreach : la démarche active des intervenants.

Selon l'observatoire des internautes¹, le pourcentage de Français utilisant Internet est passé de 55 % à 72 % entre 2006 et 2011 et continue d'augmenter. Sachant que, parmi eux, ceux qui se connectent plusieurs fois par jour ont augmenté de 10 points en deux ans pour atteindre 63 %¹ et que les jeunes générations sont les plus gros utilisateurs, on mesure l'enjeu que représentent les actions en ligne. C'est d'autant plus vrai en ce qui concerne les drogues que l'anonymat et la facilité d'accès à l'information qu'offre Internet en font un lieu privilégié pour quiconque cherche à s'informer sur des conduites stigmatisées et/ou illicites.

En réponse à cet état de fait, l'offre d'informations et de conseils en ligne s'est considérablement développée. De la mise en ligne de documents divers et variés (livres, mémoires, revues, etc.) aux spots viraux de prévention en passant par les sites associatifs, les tchats, etc., l'espace virtuel a largement été investi par les différentes tendances de la lutte contre les drogues tandis que se développaient, en parallèle, des forums de consommateurs (dont certains comptent des milliers de membres actifs). Désormais, tout un chacun est en mesure de dialoguer en ligne avec un conseiller spécialisé, d'effectuer une revue de littérature ou de s'exprimer au sein d'un groupe de pairs sans sortir de chez soi.

Sauf que cela n'est vrai qu'en théorie, car, en pratique, effectuer une recherche en ligne est loin d'être facile lorsque, justement, on cherche à se renseigner sur un sujet qu'on maîtrise mal : d'abord il faut être en mesure de verbaliser sa demande en utilisant le vocabulaire adéquat.

Ensuite, il faudra discerner le bon grain de l'ivraie, les informations scientifiquement validées des simples avis, de la « propagande » idéologique ou des nombreux « hoax » (canulars), ces légendes urbaines dont on sait qu'Internet favorise la prolifération. Il faudra aussi veiller à ne pas tomber dans les panneaux de structures plus ou moins douteuses (notamment l'Église de scientologie et son site « Narconon »). Bref, qu'il s'agisse d'information, de soutien ou de conseils, effectuer une recherche sur Internet relève souvent du parcours du combattant.

C'est ainsi qu'on peut trouver sur des forums généralistes, du type « Doctissimo », de véritables appels au secours émanant de personnes ne parvenant pas à trouver d'informations valables. Inutile de préciser que les réponses apportées par les autres membres de ces forums reflètent l'éventail des positions sur les drogues et ont souvent pour seul point commun de ne s'appuyer sur aucune base scientifique. Sur la section des 15 à 18 ans d'un forum dédié aux jeux vidéo, on trouve ainsi des encouragements à consommer de l'ecstasy pour un jeune diabétique qui s'interroge sur les risques éventuels (« Tu peux y aller, t'inquiète, c'est sans danger ! »)

On voit l'urgence d'inventer des formes d'actions permettant de toucher ces personnes mais aussi la nécessité – pour pouvoir les toucher – d'aller à leur rencontre. Et c'est là qu'on entre dans l'*outreach*, puisque ce dernier se caractérise par la dimension active des intervenants, qui doivent « aller vers » les usagers et non se contenter de les attendre. Jusqu'à présent rien de tel n'existait ou presque² : forums de consommateurs, sites spécialisés et documents en ligne ne sont que les équivalents virtuels des groupes de

¹ Observatoire des internautes 2011.
Ipsos MediaCT.

www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/observatoire_des_internautes_2011.pdf

² Sondage IFOP. Internet dans la vie des Français. 2012

parole ou d'auto-support, des structures d'aide et/ou de soin et de centres de documentation et même les chats en ligne ou les systèmes de questions/réponses relèvent du « laisser venir ».

Pour imaginer la forme que pourraient prendre des actions d'*outreach*, le plus judicieux serait peut-être de revenir à ses origines. Dans son ouvrage *Peut-on civiliser les drogues?*, A. Coppel fait remonter la naissance de l'*outreach* au milieu des années 1960, lorsque, pour tenter de contrôler la diffusion de l'usage d'héroïne dans l'une des plus anciennes « scènes » de Chicago, P. Hughes décide de se doter de trois outils : « un dispositif de recherche alliant ethnographie et épidémiologie quantitative, un centre de soins avec méthadone, encore expérimental à l'époque, cure de désintoxication et traitement résidentiel et, enfin, une équipe chargée d'aller sur le terrain pour accompagner les toxicomanes dans le centre de soins. L'équipe est le garant de l'action et Hughes a compris, à New York, qu'avec des alliés appartenant à la communauté, tout devient simple. Sans eux, rien n'est possible. Il faut donc recruter des héroïnomanes blacks, habitant le quartier et ayant bonne réputation »³.

Les trois dimensions de ce travail précurseur n'ont rien perdu en intérêt lorsqu'il s'agit de réfléchir aux déclinaisons

possibles de l'*outreach* sur le Net : un dispositif de recherche permettant de documenter les actions déjà existantes et les usages d'Internet

³ Hughes P. *Behind the wall of respect. Community experiments in heroin addiction control.* university of Chicago Press, Chicago-London, 1977

liés aux drogues (quelles problématiques/questions, sur quels types de sites, par qui, avec quel vocabulaire, etc.) semble un préalable indispensable à une action efficace. Des équipes d'intervention intégrant une composante communautaire (des jeunes lorsqu'il s'agit d'actions ciblant les jeunes par exemple) présentes sur les espaces numériques sont à l'évidence nécessaires pour « aller vers » les usagers. On peut aussi imaginer un site central vers lequel les renvoyer. Ce dernier point cesse cependant d'être indispensable si l'on décide de ne plus utiliser les équipes mobiles simplement pour « pêcher le client », mais plutôt pour intervenir directement auprès des usagers. C'est ce que font déjà des équipes dans d'autres domaines comme le repérage précoce des pratiques adolescentes d'automutilation (des équipes surveillent forums et sites de partage de vidéos afin de repérer les adolescents touchés par ce problème puis les contactent pour leur proposer directement aide et soutien) [cf. encadré].

À l'heure actuelle, il n'existe qu'une association, *Not For Human*, menant ce type de travail sur les drogues en France (cf. encadré). Toute récente et composée uniquement de bénévoles non professionnels du champ de la lutte contre les drogues, elle montre une voie possible pour décliner l'*outreach* sur le Web. Une voie spontanément réinventée par ses membres parce que c'est, peut-être, la seule possible.

Les stratégies d'*outreach* en ligne

La campagne : elle consiste à faire passer un message au public cible sans demande de sa part, généralement en louant des espaces publicitaires sur des sites Internet qu'il fréquente.

La boule de neige. Dans le jargon du Web, on parle plutôt de « diffusion virale ». Cette stratégie s'appuie sur le partage horizontal de l'information : il s'agit de créer des outils (clips vidéo, flyers, etc.) qui exportent une information suffisamment intéressante ou avec assez d'humour pour que les personnes touchées aient envie de transmettre l'outil à leurs proches. Et ainsi de suite : la diffusion est amorcée via une *campagne*, mais ensuite ce sont les personnes touchées qui l'assureront.

L'intervention de proximité : dans le monde réel, nombre de structures agissent au plus près de là où se trouve leur cible. Milieux festifs, travail de rue, antenne mobile, intervention scolaire, permanence hors les murs... Les stratégies de proximité qui ne sont ni des campagnes, ni des *boules de neige* sont monnaie courante. Pourtant, en matière de drogues sur Internet, à l'exception de *Not For Human*, quel dispositif intervient de façon structurée sur d'autres sites que le sien ?

Deux services de proximité innovants

Outreach virtuel : Début 2013, l'association de santé communautaire *Not For Human* a été fondée. Son but est d'assurer une veille des forums de consommateurs de *Research Chemicals* (RC) afin d'intervenir directement auprès de ces derniers dans le cadre de la réduction des risques pour usagers de drogues. Nous reviendrons plus longuement sur cette prometteuse association dans le prochain numéro de *Swaps*.

Cyber-consultation : La Suisse vient de mettre en chantier au niveau fédéral le projet **e-addictions** : un portail national multi-services sur les drogues et les dépendances. Parmi les trois services principaux, celui de la cyber-consultation est le plus novateur, puisqu'il ambitionne de créer une équipe nationale de cyber-consultants. Le but étant de pouvoir initier de vrai suivi en ligne et pas seulement des orientations. À terme, le projet expérimentera un module de cyber-thérapie.

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Isabelle Michot
Philippe Périn
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Secrétariat, abonnements
Valérie Berrebi

Réalisation graphique
Céline Debrenne

Impression : Stipa / 4M

Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
case 216
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone : 01 56 01 74 36
Fax : 01 56 01 74 38
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida),
qui édite aussi Transcriptases
et www.vih.org

Avec la participation
du Crips Île-de-France, du Crips
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien financier de la
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



C'est une première dans l'histoire de *Swaps*, avec cette 71^e livraison, nous nous déplaçons vers la capitale bisontine en anticipation des troisièmes **Journées nationales de la Fédération Addiction**, qui se déroulent du 13 au 14 juin 2013, précisément à Besançon.

Grâce à la collaboration de Nathalie Latour, déléguée générale, et de Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction, nous avons surfé sur le programme copieux de ces deux Journées et plus encore sur une thématique très « swapsienne » que celle retenue cette année pour les Journées nationales : « Allez vers... prévention, soins, réduction des risques : les nouvelles alliances ».

Comme l'explique Jean-Pierre Couteron dans le texte éditorial qui ouvre ce dossier spécial (voir page 3) « Aller vers » c'est avant tout accompagner une évolution attendue et souhaitable de la réponse aux addictions et spécialement dans le cadre restreint de la réduction des risques. Cet « Aller vers » peut ainsi se décliner dans le présent numéro :

« Aller vers » les usagers enfermés dans la précarité, qu'elle soit sociale ou psychique, voir à ce titre l'article de Martine Lacoste et Catherine Péquart sur le « Housing First » concernant les tentatives de réponses novatrices aux usagers souffrant de troubles psychiques ; « Aller vers », c'est trouver d'autres réseaux ou suivis suite aux premiers soins et premiers actes thérapeutiques à la première consultation. On lira sur ce thème les deux articles concernant l'*outreach** ainsi que l'historique d'Alexandre Marchant qui part de la naissance de l'*outreach*, entre offre de soins et enquête ethnographique, à la fin des années soixante aux États-Unis, à la confrontation actuelle de l'outil au cadre répressif de la loi de 1970.

Le programme de ces troisièmes Journées nationales et de ce numéro allie témoignages, prises de positions et échanges, dont on imagine qu'ils seront particulièrement denses à Besançon, tant il est difficile de faire sauter la dichotomie historique et caricaturale entre patients de l'addictologue et victimes de l'interdit pénal, malades ou délinquants, tant aussi les politiques de prises en charge des usagers de drogues doivent s'adapter à la fois aux nouveaux niveaux d'exigence de la réduction des risques, aux questions de réseaux, aux modifications des outils de communication et même d'obtention des produits avec les nouvelles drogues de synthèse et l'explosion d'Internet dans le paysage des drogues (on lira avec attention, page 13, l'expérience de cyber-consultations et le projet e-addiction des Suisses). En tout état de cause, ces deux journées ne suffiront pas à épuiser la thématique du « Aller vers » et nous reviendrons sur celui-ci dans une prochaine parution de *Swaps*. D'ici là, rendez-vous à Besançon, ville sans doute choisie parce qu'à la fois « première ville verte de France » et aussi à cause de méandres que forment le Doubs, image métaphorique de la problématique abordée pendant ces deux journées.

GILLES PIALOUX, DIDIER JAYLE

* Activité destinée à atteindre des individus difficiles à rejoindre, à l'image de certains usagers de drogues.