

NUMÉRO 01 - DÉCEMBRE 2016

ADDICTION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE

RÉDUIRE LES RISQUES

LE 13 MAI 2017 À MONTRÉAL
SOMMET FRANCOPHONE
SUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS
LIÉS AUX DROGUES

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

Éditeur

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

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

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

Partenaires de la revue :

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

Nombre d'exemplaires : 4500

Imprimerie La Petite Presse

91 rue Jules Lecesne
76600 - Le Havre

Date de parution : décembre 2016

Dépôt légal : mars 2017

Prix : 6€ l'exemplaire

ISSN : demande en cours

SOMMAIRE

ÉDITO - POURQUOI CETTE REVUE INTERNATIONALE ?

Jean-Pierre Couteron P. 04

LE DÉVELOPPEMENT DE LA RÉDUCTION DES RISQUES À TRAVERS LE MONDE

Marie Nougier P. 05

L'AUDITION PUBLIQUE SUR LA RDRD EN FRANCE : POURQUOI, COMMENT ET JUSQU'OUÙ CONSTRUIRE UN CONSENSUS ?

Alain Morel, Martine Lacoste P. 08

LE RÔLE DE L'AUTO-ORGANISATION DANS LA POLITIQUE DES DROGUES

Anne Philibert P. 11

RADIO FMR : LA PAROLE DES USAGERS DANS L'ESPACE PUBLIC

Interview par Jean-Félix Savary P. 14

ASSOCIATIONS D'USAGERS : UNE NOUVELLE DYNAMIQUE PARTICIPATIVE

Natalie Castetz P. 17

RÉDUIRE LES RISQUES POUR CONTINUER À FAIRE LA FÊTE

Natalie Castetz P. 19

UNE RÉDUCTION DES RISQUES ADAPTÉE AUX FEMMES : L'EXEMPLE DES CAARUD

FRANÇAIS Groupe projet Femmes et addictions de la Fédération Addiction P. 22

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : EFFICACE ET APPLICABLE POUR RÉDUIRE

LES PRATIQUES D'INJECTION À RISQUE ? Karine Bertrand, Karine Gaudreault, Élise Roy P. 25

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

Interview par Cécile Bettendorff P. 29

LE QUAI 9 : UNE AVENTURE AU CŒUR DE LA CONSOMMATION ACTIVE, QUI

DONNE À PENSER ET À RÉFLÉCHIR SUR LA CONDITION HUMAINE Martine Baudin P. 32

PROGRAMME PROFAN : UN ACCÈS À LA NALOXONE POUR LES USAGERS PAIRS

Nicolas Quijano P. 35

RÉDUCTION DES RISQUES COMBINÉE : CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET SEXUALITÉ

Mathieu Goyette, Jorge Flores-Aranda, Jean Dumas, Frédérick Pronovost, Karine Bertrand, Marianne Saint-Jacques P. 39

RÉDUCTION DES RISQUES EN SUISSE : LE TRAVAIL AVEC LES PAIRS ET L'ANALYSE

DE PRODUITS EN MILIEU FESTIF Guido De Angeli P. 43

AU TREMPLIN : RÉDUIRE LES RISQUES EN BRASSANT LA TRAMPOLINE

Cédric Fazan P. 46

« UN CHEZ SOI D'ABORD » FAIT DES ADEPTES

Natalie Castetz P. 49

TAPAJ : UN PROGRAMME INNOVANT DE RÉDUCTION DES RISQUES SOCIAUX

POUR DES JEUNES EN GRANDE PRÉCARITÉ Jean-Hugues Morales, Dominique Meunier P. 52

LE RÔLE DES PARENTS DANS LA PRÉVENTION DES CONDUITES AUTOMOBILES

À RISQUES DES JEUNES UTILISATEURS DE CANNABIS Jacques Bergeron P. 56



POURQUOI CETTE REVUE INTERNATIONALE ?

Jean-Pierre Couteron,
Président de la Fédération Addiction

UNE CULTURE COMMUNE

Addiction(s) : recherches et pratiques remplace la revue Actal, éditée dès 2006 par la F3A¹. À l'époque, il s'agissait d'ouvrir un espace d'échange aux acteurs de l'alcoologie. Portée ensuite par la Fédération Addiction, elle a gardé le même objectif pour l'addiction. Aujourd'hui, c'est en s'ouvrant à l'espace francophone qu'elle veut continuer d'aider aux échanges et à la mise en commun. Ce choix francophone peut sembler à contre-sens, éloignant d'une grande partie des publications scientifiques par exemple. Mais il est assumé : la langue maternelle porte souvent nos premières et dernières paroles, elle est celle de nos souvenirs, elle fait lien et histoire. Avec ce choix, comme Actal, **Addiction(s) : recherches et pratiques** restera une revue de proximité.

Proximité, car les partenaires de la revue partagent, en plus d'une langue, une conception commune de la problématique des addictions. Promouvant, chacun dans leur pays, une approche médico-psycho-sociale de la question, ils se retrouvent aussi régulièrement au sein de projets partagés. Pour autant, cette conception commune n'est pas uniforme, car nos pays sont différents : leurs cultures, leurs systèmes de santé, leurs problématiques addictives sont spécifiques.

Cette revue répond donc au souhait de mettre en commun nos ressources, leurs complémentarités et leurs différences. Et de faire ainsi avancer nos réponses aux addictions dans chacun des pays, au sein des services, mais aussi sur le plan de leur compréhension sociale et politique.

DES PRATIQUES ET DES RECHERCHES

La Fédération Addiction qui en assure la coordination technique, le GREA (Groupement romand d'études des addictions) en Suisse, la Fedito Bxl asbl (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes) en Belgique, l'AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec) au Québec sont des fédérateurs d'acteurs. Ils unissent des personnes ou des dispositifs dans un mouvement de mise en commun des compétences, au sens de ce nécessaire partage des **pratiques** qui est cœur de la dynamique d'adaptation des réponses.

En France, de par sa structuration fondée sur l'université et ses laboratoires, la **recherche** avait pu sembler loin des problèmes rencontrés par les acteurs, qui avançaient de leur côté sur des expérimentations, des innovations, en dialogue avec les usagers et l'auto-support. À l'impulsion de l'ANRS² comme dans le cadre de la Mission INSERM³ « Associations Recherche & Société », avec les liens tissés avec l'EHESS⁴ ou par le travail de croisement fait au sein de la Mildeca⁵, la recherche a su rejoindre les préoccupations des acteurs et des usagers. Mais elle garde ses contraintes spécifiques, nécessité de publications dans les revues *ad hoc*, effets copyright ou besoin de notoriété. Légitimes, elles éloignent parfois les travaux d'une partie de leur lectorat cible. C'est ce manque qu'**Addiction(s) : recherches et pratiques** veut en partie pallier, en renforçant l'accessibilité des informations pour l'ensemble des professionnels. Le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec) au Québec, de par sa grande expérience sur ce type de recherches et sur ces dynamiques, est sur ce plan un précieux partenaire.

Addiction(s) : recherches et pratiques se veut donc un acteur modeste mais utile : un numéro par an, sur une thématique unique, pour 15 à 20 articles différents, qui font le point sur les avancées de la recherche et sur la diversité des pratiques et expériences de terrain, au travers de points de vue d'usagers, de professionnels et de chercheurs. Mais ils doivent aussi en dégager les enjeux politiques, tant nos associations sont conscientes que traiter recherche et pratiques sans oser les confronter à leur « acceptabilité politique », c'est se priver d'un élément essentiel de l'analyse.

UN PREMIER NUMÉRO AU CŒUR DE L'ACTUALITÉ

Le thème de ce premier numéro s'est naturellement imposé, à l'approche de la 25^e conférence internationale sur la réduction des risques (HR17) de mai 2017 à Montréal, et du Sommet francophone sur la réduction des méfaits liés aux drogues qui va la précéder.

Approche promue par l'ensemble des partenaires porteurs de cette revue, la réduction des risques nous a semblé exemplaire. D'abord par l'effort de recherche qui l'entoure depuis de nombreuses années - par exemple sur les SCMR⁶, le programme Aerli⁷, les Trod⁸... Ensuite, par l'efficacité des outils qu'elle a permis de mettre en place. Enfin, par les difficultés d'acceptabilité politique qu'elle pose, comme le démontrent les longs combats pour la création de SCMR ou la diffusion de la naloxone en Belgique, en France ou au Québec.

Nous aurons donc matière à échanger et à mieux nous connaître.

1 La Fédération Addiction est issue de la fusion de l'Anitea (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie) et de la F3A (Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie).

2 Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites

3 Institut National Scientifique d'Etudes et de Recherches Médicales

4 École des Hautes Etudes en Sciences Sociales

5 Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

6 Salles de consommation à moindre risque

7 Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection, porté en France par l'association Aides

8 Test de dépistage rapide à orientation diagnostique



Marie Nougier,
chargée de recherche et de communications,
Consortium International sur les Politiques
des Drogues (IDPC)

1 En 1998, lors d'une Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU (UNGASS) sur les drogues, les Etats avaient adopté comme slogan officiel : « Un monde sans drogue, nous pouvons le faire »

2 Harm Reduction International (2015), *The global state of harm reduction 2014*

3 International HIV/AIDS Alliance, Harm Reduction International & Consortium International sur les Politiques des Drogues (2014), *The funding crisis for harm reduction*

4 Observatoire International sur les Drogues et les Toxicomanies (2015), *Drug consumption rooms: An overview of provision and evidence*

LE DÉVELOPPEMENT DE LA RÉDUCTION DES RISQUES À TRAVERS LE MONDE

Depuis des décennies, les pays du monde entier ont adopté une approche hautement répressive à l'égard des drogues afin d'éradiquer leur marché illicite¹. Cependant, malgré les milliards de dollars dépensés chaque année, la stratégie prohibitionniste n'a pas permis de réduire l'ampleur des marchés ou la prévalence de consommation de drogues et a eu des effets dévastateurs sur la santé, la pauvreté, la stigmatisation ou encore les niveaux d'incarcération et de violence associée au marché noir. Cette conclusion a d'ailleurs été à l'origine de la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU (UNGASS) sur la drogue d'avril 2016. Bien que cette UNGASS n'ait pas abouti à un changement du régime international de contrôle des drogues, elle a néanmoins permis de rééquilibrer les impératifs de maintien de l'ordre avec le besoin de protéger la santé, le développement et les droits humains. En parallèle, décennie après décennie, la réduction des risques (RDR) fait ses preuves en matière de santé publique dans toutes les zones du monde où elle est expérimentée et développée.

UN BREF TOUR DU MONDE

La RDR est apparue dans les années 1980 en Europe, puis s'est répandue à travers le monde, s'adaptant aux nouvelles tendances et formes de consommation. Aujourd'hui, la RDR est reconnue dans les lois de 88 pays² et est utilisée tant dans le contexte de l'offre que de la demande. Malgré tout, certains pays restent fermement opposés à cette approche, préférant perpétuer leurs stratégies de tolérance zéro.

C'est en Europe occidentale que les premiers services de RDR ont vu le jour. Ces services étaient surtout établis de manière *ad hoc* et gérés par les usagers de drogues injectables (UDI) eux-mêmes. Aujourd'hui, malgré la crise économique et le retrait récent du Fonds Mondial de certains pays³, la RDR est bien ancrée dans les lois et stratégies de la plupart des pays européens, où les programmes d'échange de seringues (PES) et de traitement de substitution aux opiacés (TSO) sont largement disponibles, ainsi que de nombreuses salles de consommation à

moindre risque (SCMR)⁴ et des programmes de prévention des overdoses. L'émergence de nouvelles substances psychoactives (NSP) a récemment forcé les services de RDR à évoluer. En Suisse, en France et en Espagne, des services d'analyse des drogues sont maintenant disponibles en milieu festif. Les nouveaux marchés en ligne ont poussé les consommateurs et prestataires de RDR à échanger des informations sur les diverses drogues disponibles, permettant aux usagers de mieux se prémunir contre les risques. Certains pays européens ont enfin décriminalisé la consommation de drogues afin de réduire la stigmatisation associée à l'usage et de faciliter l'accès des usagers aux services sociaux et sanitaires. D'autres approches telles que les *coffee shops* hollandais ou les clubs sociaux de cannabis espagnols ont permis aux consommateurs d'accéder à leur substance de choix sans avoir recours au marché noir.

Comme en Europe, les services de RDR sont très répandus en Amérique du Nord. Les États-Unis se sont cependant montrés réticents à soutenir ces mesures, promouvant une approche majoritairement pénale. Et ce n'est que début 2016 que l'em-

bargo sur le financement des PES, qui avait été instauré en 1998, a enfin été levé⁵. La régulation du cannabis dans plusieurs états américains représente un changement radical dans l'opinion publique du pays, mais la récente élection de Donald Trump pose de nombreuses questions sur le futur de la politique des drogues du pays. Quant au Canada, il a été autant précurseur que conservateur sur la question de la RDR. Avant l'arrivée au pouvoir du gouvernement Harper en 2006, le Canada avait adopté une position pragmatique en mettant en place PES, TSO, distribution de pipes à crack, et en ouvrant la seule SCMR du continent américain, *Insite*, à Vancouver. Sous la houlette de l'ancien premier ministre Stephen Harper, le gouvernement s'était régulièrement prononcé contre la RDR et avait tenté à plusieurs reprises de fermer *Insite*, qui a résisté grâce à la protection de la Cour suprême du Canada⁶. L'élection de Justin Trudeau a marqué un nouveau tournant progressiste dans la politique de drogues du pays avec de nouvelles régulations pour renforcer la RDR et le projet de légaliser le cannabis d'ici fin 2017.

Le contexte latino-américain est assez différent, vu que les problèmes de santé sont généralement liés à la cocaïne et ses dérivés, et non à l'usage d'opiacés. Les services « traditionnels » de RDR (PES et TSO) sont donc peu répandus. Et malheureusement, la RDR pour les usagers de crack est, elle aussi, limitée. Au Brésil et en Colombie, certains usagers ont développé de nouveaux outils de RDR, en consommant du cannabis pour réduire leur usage problématique de crack et gérer les effets de manque. D'autres programmes innovants ont été mis en place dans certaines municipalités, mais sont confrontés à de sérieuses pressions politiques. En Colombie, des unités de soins mobiles (CAMAD) étaient disponibles dans les principales villes du pays pour offrir TSO et PES, mais elles ont récemment fermé. L'Etat de Sao Paulo avait aussi lancé « *Braços Abertos* », qui offrait un logement et des services sociaux et sanitaires aux personnes vulnérables dépendantes du crack. Le programme a eu un succès immédiat, mais les récentes élections municipales ont amené au pouvoir un certain nombre de conservateurs fortement opposés à la RDR – un revirement politique qui va probablement conduire à la fermeture de certains services. Néanmoins, le continent latino-américain est particulièrement intéressant car certains pays ont incorporé le principe de RDR dans leur politique sur l'offre et la demande en drogues. En effet, rappelons que l'Uruguay est le seul pays du monde à avoir régulé le marché de cannabis – une approche justifiée comme une mesure de protection des droits humains visant à réduire les dommages associés au marché noir. La Bolivie a quant à elle adopté une politique de RDR pour la culture de coca, permettant aux fermiers vulnérables de produire une certaine quantité de coca par an pour répondre à la demande bolivienne et à leurs besoins de subsistance, sans peur d'être ciblés par les forces de l'ordre et leurs programmes d'éradication forcée.

À l'autre bout du monde, la Nouvelle-Zélande a adopté une approche innovante et pragmatique de RDR vis-à-vis des NSP. Alors que la plupart

des pays du monde ont cherché à prohiber toute NSP émergente sur le marché, la Nouvelle-Zélande a établi un cadre juridique en attribuant aux producteurs la responsabilité de prouver que la substance est à bas risque. Tout en répondant à la demande, les dommages sanitaires associés à la consommation de NSP sont donc minimisés. Il est malheureux que des pressions politiques aient jusqu'ici paralysé la mise en œuvre de la loi.

Le continent voisin, l'Asie, rassemble le plus grand nombre d'UDI du monde. Les pays asiatiques ont longtemps résisté à la RDR, considérant l'usage de drogues comme un « mal social » à éradiquer à tout prix. Ce n'est que dans les années 2000, lorsque l'épidémie du Sida était étroitement liée à l'injection de drogues, que la plupart des pays asiatiques ont établi des PES et des TSO. Aujourd'hui, la hausse de la consommation d'amphétamines nécessite une adaptation urgente des services de RDR. Par ailleurs, les pays asiatiques ont probablement l'approche la plus répressive du monde en matière de drogue. Les consommateurs continuent d'être stigmatisés, discriminés, inscrits sur des registres officiels, brutalisés et incarcérés dans des centres de détention forcée⁸. La situation aux Philippines est particulièrement préoccupante : depuis l'arrivée au pouvoir de Rodrigo Duterte en juin 2016, plus de 4 000 personnes suspectées de consommer ou de vendre des drogues ont été exécutées avec l'aval du gouvernement, et plus de 600 000 personnes se sont rendues à la police, malgré de fortes critiques de la communauté internationale⁹.

Il en est de même en Europe de l'Est et Asie Centrale, qui a la plus haute prévalence d'injection de drogues dans le monde. Une personne sur 50 est UDI¹⁰ en Russie, où 65% de nouveaux cas de VIH sont liés à l'injection¹¹. Malgré tout, le pays reste fermement opposé à la RDR, en particulier au traitement par méthadone, qui reste prohibée. Les quelques PES du pays sont gérés par des ONG locales qui sont souvent la cible des politiques répressives du pays. L'annexion de la Crimée par la Russie en 2014 a conduit à un désastre sanitaire dans cette province où des centaines de patients sous méthadone ont été forcés d'interrompre leur traitement ou de fuir le pays. La Russie ayant une influence politique importante dans la région, sa position a poussé d'autres pays (comme le Turkménistan et l'Ouzbékistan) à promouvoir une approche tout aussi sévère. Certaines exceptions valent cependant la peine d'être mentionnées, en particulier l'Ukraine qui a amplement développé ses services de RDR.

Enfin, l'Afrique est sans doute la région où la RDR reste la plus limitée. L'augmentation de la consommation d'héroïne en Afrique de l'Est et de cocaïne en Afrique de l'Ouest a conduit à une crise sanitaire dans certains pays, poussant les ONG à offrir des services de RDR. Aujourd'hui cependant, parmi les Etats africains, seuls la Tanzanie, le Kenya, l'île Maurice, le Sénégal, la Tunisie, le Maroc et l'Afrique du Sud offrent des services de TSO et/ou de PES, et l'accès en est quasiment inexistant. Au Moyen-Orient, la prévalence de VIH parmi les usagers injecteurs est à la hausse alors que la RDR est peu développée. Au Moyen-Orient comme en Afrique,

l'approche politique reste purement répressive, avec de sévères peines de prison pour consommation ou possession de matériel d'injection. D'autre part, hormis en Côte d'Ivoire, qui distribue des pipes à crack, la RDR reste limitée aux PES et TSO et ne cherche pas à répondre aux autres risques associés à l'usage.

OBSTACLES ET OPPORTUNITÉS

Redéfinir le concept de RDR

Ce bref tour du monde reflète des problèmes majeurs sur la RDR. De nombreux pays restent réticents à cette approche, causant parfois une réelle crise sanitaire et sociale, comme en Asie ou en Eurasie. Mais même dans les pays où la RDR est bien établie, un certain nombre de problèmes persistent, comme par exemple la difficulté d'accès géographique ou le manque de financement. Par ailleurs, la RDR est souvent réduite à deux interventions – les PES et les TSO. Bien que celles-ci soient nécessaires pour réduire les risques d'overdoses et d'infections, la RDR ne peut se limiter à ces seuls objectifs : c'est avant tout une approche politique fondée sur les droits humains, la dignité et la compassion, englobant toute stratégie visant à réduire les risques sociaux et sanitaires pour les usagers de drogues, mais aussi pour les fermiers de subsistance et toute autre population vulnérable. Enfin, la RDR requiert une remise en question de toute politique répressive et stigmatisante à l'encontre des usagers et des groupes vulnérables impliqués dans le marché des drogues.

Le positionnement de l'ONU

Bien que les conventions internationales de contrôle des drogues aient comme objectif premier de protéger « la santé et le bien-être de l'humanité », le concept de RDR reste tabou dans les débats onusiens sur les drogues, ou est limité à la prévention du Sida. En 2009, l'ONU a publié un guide de neuf interventions (comprenant PES et TSO) pour prévenir les infections au VIH parmi les UDI¹². Mais les discussions au sein de la Commission des stupéfiants (CND)¹³ restent limitées. Seules six résolutions (parmi une centaine) ont été adoptées par la CND sur des points spécifiques de RDR¹⁴ et aucune ne mentionne le terme de « réduction des risques », préférant référencer le guide ou utiliser des formulations souvent assez floues telles que « services médicaux et sociaux adéquats ». Cela s'explique notamment par l'adoption des résolutions par consen-

sus, ce qui force les pays progressistes à trouver un compromis avec des pays drastiquement opposés à la RDR, comme Singapour, l'Égypte, la Russie ou la Chine¹⁵. Le document final de l'UNGASS a lui aussi échoué à incorporer la RDR¹⁶, mais a marqué un tournant décisif dans l'histoire du système international de contrôle car un bloc important de pays a promu l'inclusion d'une référence à la RDR jusqu'à la fin des négociations. Par ailleurs, lors de la session elle-même, 45 pays ont explicitement soutenu cette approche – une première pour un forum onusien sur la drogue¹⁷.

Mettre fin aux politiques répressives

Dans une majorité des pays, l'usage de drogues constitue un délit pénal passible de prison. Dans certains d'entre eux, la possession de seringues est elle aussi prohibée et la police a parfois pour habitude d'arrêter les usagers près des centres de RDR pour remplir leurs quotas, comme en Malaisie ou au Kenya. Dans le contexte de l'UNGASS, de nombreuses agences onusiennes¹⁸ ont promu la décriminalisation de l'usage comme mesure essentielle de protection de la santé des usagers. D'autre part, une politique de RDR devrait intervenir sur l'offre avec la mise en place de dispositifs permettant de contrôler leur production (et donc leur qualité) et leur accès. Certains marchés réglementés ont déjà été établis en Nouvelle-Zélande pour les NSP, en Bolivie pour la coca et aux États-Unis et en Uruguay pour le cannabis. Ces expériences devraient être étudiées de près afin d'analyser leurs avantages, leurs inconvénients, les améliorations et l'élaboration d'autres modèles possibles¹⁹.

CONCLUSION

La RDR est aujourd'hui largement reconnue comme une approche pragmatique, humaine et efficace. L'UNGASS a permis de refléter, au niveau international, les avancées de ces trente dernières années. Cependant, de nombreux obstacles persistent, en particulier la mise en œuvre de politiques trop répressives, le manque de financement et un certain laisser-aller de la part des pays progressistes. Dans le contexte politique actuel, il est essentiel que les pays avant-gardistes dans le domaine de la drogue fassent preuve de davantage de *leadership* afin de protéger et de consolider les politiques et programmes de RDR existants, et de pousser à un réel changement de paradigme politique vis-à-vis des drogues.

5 Stanton, J. (6 Janvier 2016), 'After decades, Congress effectively lifts ban on federally funded needle exchanges', *BuzzFeedNews*

6 <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/7960/index.do>

7 L'Association des Nations d'Asie de Sud Est (ASEAN) continue de promouvoir aujourd'hui une Asie libre de la drogue. Voir : Consortium International sur les Politiques des Drogues (2015), *The post-2015 drug strategy for ASEAN: Towards a new paradigm in drug policy ?*

8 Godwin, John (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (Consortium International sur les Politiques des Drogues)

9 Lai, G. (2016), 'Global outrage forces spotlight on extrajudicial killings in the Philippines' war on drugs', *IDPC Blog*

10 United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *UNODC World Drug Report 2015*

11 Holt E. (2010), «World report: Russian injected drug use soars in the face of political inertia», *The Lancet*, 376(9734): 13-4

12 OMS, UNODC & ONUSIDA (2012), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users - 2012 Revision*

13 L'agence décisionnaire sur les drogues au sein de l'ONU

14 Résolutions 58/5, 56/6, 55/7, 54/5, 53/9 et 51/14

15 Pour une analyse des positions des pays sur la réduction des risques lors des négociations de la CND, veuillez visiter le blog de la CND, un outil en ligne répertoriant les positions des Etats membres de l'ONU depuis 2009 : www.cndblog.org

16 www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/S-30/L.1

17 <http://cndblog.org/maps/harm-reduction/>

18 Telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, l'ONUSIDA, le Programme des Nations Unies pour le Développement et l'Office du Haut-Commissariat pour les Droits de l'Homme, voir : www.unodc.org/ungass2016/

19 Consortium International sur les Politiques des Drogues (2016), *Guide de l'IDPC sur les Politiques des Drogues, 3^{ème} édition*



Alain Morel,
directeur de
l'association *Oppelia*
(Paris, France)



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

L'AUDITION PUBLIQUE SUR LA RDRD EN FRANCE : POURQUOI, COMMENT ET JUSQU'OU CONSTRUIRE UN CONSENSUS ?

L'acte de naissance de la réduction des risques (RdR)¹ en France est généralement daté en 1987, année où une ministre de la Santé, Madame Michèle Barzach, a fait adopter contre vents et marées un décret libéralisant la vente de seringues en pharmacie. En réalité, cette date n'a été qu'un premier pas dans un long processus qui bouleverse encore aujourd'hui le socle conceptuel, idéologique, moral et politique qui prévaut toujours dans les discours officiels sur les drogues et les addictions.

Ce n'est qu'en raison de la situation exceptionnelle imposée par la lutte contre la diffusion du VIH que le principe de base de la RdR (« Mieux vaut ne pas se droguer, mais si vous le faites ne vous injectez pas, et si vous injectez, faites-le avec une seringue propre ») a été accepté comme une dérogation très limitée au principe prohibitif (« Ne vous droguez pas ! Pour vous en dissuader, la société vous crée des obstacles et des dangers supplémentaires »). L'objectif était d'ailleurs très restreint - limiter le partage des seringues pour diminuer les contaminations infectieuses - et sur un périmètre réduit, l'injection de drogues illicites. Mais c'était l'amorce d'une nouvelle logique qui allait dérégler la mécanique idéologique de la prohibition : ne plus considérer toute drogue comme le danger en soi, et déplacer l'objectif sur les risques provoqués par certains usages. Une logique de tolérance, de responsabilisation et d'inclusion sociale de tous s'opposant à celle de la stigmatisation, du tout interdit et de la répression inscrite dans la loi de 1970. Une logique en écho avec d'autres évolutions sociétales dans les démocraties modernes, abandonnant l'ordre moral comme ciment social, intégrant la diversité humaine et des comportements, et reconnaissant aux citoyens, ici les usagers, la responsabilité de soi.

Sous l'impulsion d'associations et d'actions transgressives, d'autres pas ont été franchis dans le déploiement de la RdR durant les années 1990, notamment avec la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO), la création des « boutiques » (devenues CAARUD²) et le développement des interventions en milieu festif.

UN DOUBLE CHANGEMENT DE PARADIGME

Au tournant du XXI^e siècle, un autre saut qualitatif s'est produit, avalisé tant par les acteurs que par l'État : l'adoption des notions d'addiction et d'addictologie. La toxicomanie, l'alcoolologie et la tabacologie, jusque-là totalement cloisonnées, deviennent les parties d'un même ensemble cohérent. Les cloisons devenant poreuses, la question des risques commence à interroger les consommations de substances licites et les comportements addictifs sans drogue.

En deux décennies, la conjonction de ce double changement de paradigme a modifié les regards, pris en compte de nouvelles pratiques de consommation et transformé les pratiques professionnelles. Au-delà des produits et des méthodes, ce sont les fondements et les objectifs de l'intervention sociosanitaire, jusque-là centrés sur l'abstinence, qui se sont trouvés interrogés. Une remise en question touchant inévitablement l'objectif politique que se fixe la collectivité : faut-il éradiquer les drogues en « luttant contre » ou mieux vivre avec elles en établissant une régulation qui en minimise les risques ?

UN MANQUE D'APPROPRIATION PAR L'OPINION PUBLIQUE

Cette évolution, ses retentissements sur les pratiques et les politiques de santé, ses liens avec celles des autres champs (éducation, justice, etc.) constituent un processus de déconstruction/reconstruction qui soulève des problèmes de cohérence des acteurs et d'appropriation par l'opinion publique. La Suisse a mis en place des systèmes de coalitions et d'alliances interpartis qui lui ont permis de mener sur ces sujets une politique particulièrement courageuse dans tous ses cantons. Difficile d'envisager cela en France. En tant que lieu de coordination entre associations de professionnels en addictologie d'horizons divers, la Fédération

Française d'Addictologie (FFA)³ a jugé qu'il était de sa responsabilité de contribuer à faire avancer la collectivité en organisant une conférence de consensus sur ce thème, comme elle l'avait fait en 2004 sur les TSO.

Le contexte des politiques publiques a cependant évolué et les conférences de consensus ont perdu leur objectif strictement médical pour s'ouvrir vers le champ social, devenant des « auditions publiques » chargées de faire une plus large place à la « société civile », en particulier aux personnes concernées par la question.

Cette forme de débat et de prise de position citoyenne est particulièrement adaptée pour aborder collectivement les questions touchant à une conduite sociale comme celle des usages de substances psychoactives. D'autant plus à travers la problématique des risques et des dommages qui, loin d'être strictement médicale, est à la croisée d'interactions bio-médico-psycho-sociales complexes.

DÉFINIR LA RDRD ET ÉVALUER SON IMPACT

La séance de l'Audition publique proprement dite, qui s'est déroulée en avril 2016, a été l'aboutissement d'un processus de préparation de plus de deux ans, émaillé d'une première étape sous forme d'Assises nationales intitulées « RdRD : vers un consensus ? ». Durant ces Assises, de multiples experts ont pu échanger sur tous les aspects de la RdRD. Un groupe de synthèse désigné par la FFA a été chargé de poser les premières pierres d'un accord sur la définition de la RdRD et ses résultats, sans occulter ni les divergences, ni les questions posées par l'apparition de nouvelles pratiques, notamment dans les champs du tabac et de l'alcool. La notion de dommages a été ajoutée à celle de risques pour

davantage expliciter l'objectif stratégique de prévenir et diminuer les conséquences négatives, sanitaires et sociales, des consommations de substances psychoactives et des conduites addictives.

Les premières mesures pour l'information et l'implication des usagers, l'accès aux seringues stériles et aux TSO, ont eu des résultats très positifs et attestés sur la baisse des contaminations par le VIH et des décès par overdose, mais aussi sur l'accroissement des recours aux soins, l'implication de la médecine générale et de l'ensemble des acteurs de santé. La politique de réduction des risques a ainsi été officiellement intégrée dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. La prévention des contaminations aux hépatites a nécessité des stratégies nouvelles dont les résultats n'apparaissent que récemment. La RdRD ne commence à être appliquée dans les domaines des drogues licites de façon trop récente et balbutiante pour que l'on ait un aperçu clair de ses résultats, mais elle suscite un intérêt croissant depuis quelques années.

LE DÉVELOPPEMENT DE PRATIQUES NOUVELLES

Peu à peu, des stratégies de RdRD se développent à la fois pour toutes les addictions et dans toutes les pratiques, depuis l'intervention précoce jusqu'aux traitements intégrés et à l'accompagnement social. Prenant acte de cette évolution et de ses répercussions très prometteuses, la FFA avait d'ailleurs fait de la RdRD, dès 2011, l'axe principal d'une nouvelle politique de santé des addictions dans son « Livre Blanc de l'addictologie française »⁴.

Des phénomènes collectifs récents montrent que la population commence à s'approprier le recours à des moyens pour réduire les risques liés à l'usage de substances dès lors qu'il en existe, et même si c'est en marge des cadres établis. C'est ce qu'illustrent parfaitement le succès rapide et spectaculaire de la cigarette électronique qui réduit considérablement les risques liés à la combustion du tabac ou la forte demande de prescriptions de médicaments tels que le Baclofène permettant de se soigner d'une alcoolodépendance sans forcément passer par une « cure » ni arrêter totalement de boire.

UN BESOIN DE RECONNAISSANCE ET D'ÉVALUATION

D'autres projets innovants, plus ou moins avancés, comme l'ouverture de salles de consommation de drogues à moindres risques (SCMR), de nouvelles stratégies de TSO par voie intraveineuse, ou la

1 L'expression « réduction des risques » ou « RdR » est la traduction française de *harm reduction*, littéralement « réduction des méfaits » ou « réduction des dommages ». Elle traduit une prise de position politique, celle de l'acceptation de l'usage de substances psychoactives, à laquelle un certain nombre de dommages sont associés. Dans cet article, les sigles RdR et RdRD sont employés successivement, l'audition publique d'avril 2016 s'étant intéressée tant aux risques encourus en cas de consommation, qu'aux dommages liés à celle-ci.

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

3 Fédération Française d'Addictologie : www.addictologie.org

4 Disponible sur www.addictologie.org



À PARAÎTRE Guide Pratique(s) « Réduire les risques. Éthique, posture et pratiques. »

La Fédération Addiction mène depuis 2012 une démarche participative avec et pour les professionnels des centres médico-sociaux en addictologie sur leurs pratiques de réduction des risques (RdR). Ce travail s'est appuyé sur une enquête explorant les pratiques de 27% des CSAPA et 60% des CAARUD de France*. L'ensemble de la matière recueillie a été problématisée, réfléchi et éprouvée par un groupe de professionnels mandatés sur la question.

Le guide, qui paraîtra en 2017, aborde en trois chapitres :

- l'histoire et la formalisation de la posture et de l'éthique de la RdR ;
- la déclinaison pratique de cette clinique selon les contextes d'intervention (milieu festif, RdR sanitaire, milieu rural...);
- la mise en œuvre de la RdR selon les dispositifs CSA-PA et CAARUD.

Plus d'information : www.federationaddiction.fr

* Fédération Addiction, *Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD. Rapport d'enquête*, décembre 2015

5 www.ccne-ethique.fr

6 Le rapport final de l'Audition publique peut être consulté sur le site de la FFA : www.addictologie.org

7 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

mise en place de programmes de gestion de la consommation, traduisent également les changements que cherchent à opérer les professionnels pour élargir les possibilités de soins et leur accessibilité à toutes les populations, en particulier celles qui sont confrontées aux plus grandes difficultés

pour changer leur comportement addictif.

Mais ces stratégies de RdRD rencontrent des incompréhensions et sont encore vécues par une partie de l'opinion comme encourageant la consommation de drogues et détournant les usagers du traitement longtemps considéré comme le seul efficace contre la dépendance : le sevrage et l'arrêt définitif. Ces pratiques, leur sens et leur pertinence, leur complémentarité avec les approches plus classiques, ont donc besoin d'être mieux connues, expliquées, organisées et évaluées. Les questions qu'elles posent doivent être prises en compte et débattues au-delà des seuls cercles d'experts.

UNE MÉTHODOLOGIE

Selon la méthodologie portée par la Haute Autorité de Santé qui a accompagné son organisation, l'Audition publique s'est réunie deux jours, les 7 et 8 avril 2016, au Ministère de la Santé à Paris. Elle a été retransmise en direct par une Web TV permettant un élargissement du public et des questions. Une trentaine d'experts ont été chargés de présenter publiquement leurs réponses à des questions définies par le comité d'organisation. Aidée par un groupe bibliographique qui a analysé toute la littérature sur le sujet, la Commission d'Audition, de composition large et diversifiée, présidée par le professeur Didier Sicard, Président d'honneur du Comité National Consultatif d'Éthique (CCNE)⁵, a eu pour mission d'en tirer des conclusions et des recommandations tournées vers la société.

L'Audition a ainsi confronté les points de vue d'experts et d'associations de personnes concernées à un cercle plus large représentant la société civile (associations familiales, enseignement, justice, police, médias, travail social, médecins, élus...) pour débattre de toutes les questions sanitaires et sociales soulevées par la RdRD, en faire un bilan prospectif et proposer des évolutions nécessaires : évolution des représentations, évolution des dispositifs, évolution de leur traduction sur le plan légal.

UNE DIMENSION POLITIQUE

Les comportements d'usage de drogues et l'ensemble des conduites addictives sont inscrits dans une société ; ils ont des fonctions sociales majeures, des conséquences humaines bonnes et mauvaises, y compris dans la vie quotidienne de tous. Ils ont donc une dimension sociétale et politique très importante. Des lois et règlements, souvent liés à chacune des substances concernées, visent à encadrer ces comportements pour protéger les individus et la collectivité.

L'Audition publique se devait d'entrer dans ces questions politiques et législatives, à double titre : dans les rapports entre les cadres posés par le législateur et le développement des stratégies de RdRD (à ce titre la loi de santé du début 2016 a apporté des ouvertures importantes), et par rapport à la qualité de la « protection sociale » qu'apporte ou pas la législation française telle qu'elle est aujourd'hui.

UN RAPPORT À LA HAUTEUR DES ENJEUX

Le rapport final de la Commission d'Audition⁶, rédigé après deux jours de « conclave », a surpris les observateurs par sa pertinence et son courage pour relever les deux grands enjeux qui traversent aujourd'hui la politique des drogues en France : d'une part le changement de la loi et de la philosophie des politiques publiques, et d'autre part l'appropriation par les gens, les usagers en particulier, des questions qui les concernent, ce qui suppose d'émanciper ces questions du domaine exclusif des experts, notamment de les « déjudiciariser » et de les « démedicaliser ».

Dès sa première recommandation, la Commission s'engage en faveur d'une révision de la loi de 1970 et une dépénalisation de l'usage des drogues indispensable au développement de la RdRD, et elle appelle à ouvrir « un débat sociétal » sur la régulation des marchés des produits licites et illicites.

En préalable à ses recommandations, la Commission affirme sa conception de la RdRD en tant que réponse à un besoin de transformation sociale : *« le concept de RdRD n'est pas seulement une approche alternative du soin, mais un nouveau regard porté sur les phénomènes d'addictions inscrivant dans la société une situation de rupture morale, idéologique et politique. Cette rupture libère un mouvement issu du terrain qui crée sa propre dynamique fondée sur l'inconditionnalité de l'accompagnement, le droit du libre choix et la valorisation du savoir des usagers. »*

Ainsi, au-delà des mesures et actions innovantes qu'il promeut (ouvrir des espaces de consommation à moindres risques dans les CSAPA⁷ et CAA-RUD, donner toute sa place à l'e-cigarette, utiliser massivement Internet, garantir l'accès aux outils de RdRD dans les lieux de privation de liberté, etc.), le rapport et ses 15 recommandations appuient cette dynamique et la place centrale que doivent avoir les usagers dans les stratégies de RdRD.

L'Audition publique n'a pas eu la prétention de se substituer à un débat de société, démocratique et impliquant toutes les composantes de la collectivité. Un débat que, à l'instar de la Commission d'Audition, beaucoup demandent en France. Mais au moins peut-elle se féliciter de l'avoir préfiguré et d'avoir fait émerger publiquement un consensus fort entre les professionnels, leurs associations et leurs partenaires en faveur du développement de la RdRD. C'est sans doute pourquoi l'ensemble de la communauté addictologique en a salué la démarche et a décidé, comme la FFA et ses associations adhérentes, de porter ses conclusions.



Anne Philibert,
doctorante, Institut de recherches
sociologiques de l'Université de Genève (Suisse)

LE RÔLE DE L'AUTO-ORGANISATION DANS LA POLITIQUE DES DROGUES

À l'heure où des acteurs politiques reconnaissent l'échec des politiques des drogues fondées sur le paradigme de la prohibition, où des recherches ont été produites, des connaissances scientifiques partagées, un nombre croissant de décideurs sont prêts à remettre en cause des lois qui, au bout du compte, n'ont réduit ni la consommation, ni la diffusion importante de produits psychoactifs. À commencer par les Pays-Bas dans les années 1970, mais aussi, sous différentes modalités, au Portugal, aux États-Unis, en République Tchèque ou encore en Espagne, des propositions de réformes émergent et se mettent en place, non seulement à l'échelle régionale ou nationale, mais aussi à l'échelle locale, par l'intermédiaire de groupes qui s'organisent pour proposer des alternatives.

CANNABIS SOCIAL CLUBS

En Espagne, par exemple, une réponse offerte par la société civile par l'intermédiaire des *cannabis social clubs* (CSC) émerge depuis 1993 à Barcelone, puis s'étend rapidement au Pays Basque, mais aussi à l'Andalousie ou à Madrid. Ces clubs sont des associations sans but lucratif qui mettent en place une production à destination de la consommation des membres uniquement, dont le concept s'est progressivement développé dans d'autres pays d'Europe de manière plus discrète (Belgique notamment, mais aussi Pays-Bas ou France). Pour les membres, ces clubs participent à la réduction des risques et à une dynamique d'*empowerment* par l'appartenance à un groupe. Pour la communauté, ils permettent une consommation dans un cadre privé, entraînant une diminution de sa vente et de son usage dans les lieux publics – ce qui, en retour, permet une réduction des activités et dépenses sécuritaires. Pour autant, ces « clubs sociaux » ne sont pas l'unique alternative, si l'on regarde les Pays-Bas (qui prévoient la vente et la consommation sur place dans les *coffee shops*, sans nécessairement exiger d'adhésion), ou encore le Colorado. Ainsi, la remise en question progressive du paradigme prohibitionniste à travers l'émergence d'alternatives variées dans différents contextes nationaux et

locaux pose l'enjeu d'une construction en commun de dispositifs alternatifs orientés vers la régulation de l'usage récréatif du cannabis.

L'AUTO-ORGANISATION COMME RÉPONSE AUX DÉFIS SOCIAUX

Les expériences d'auto-organisation, renouant avec l'idée rousseauiste de la démocratie comme participation des citoyens cherchant à développer leur pouvoir face à l'Etat, ne sont pas nouvelles dans le domaine des drogues. Dans les années 1980, aux États-Unis, tandis que l'épidémie de VIH/Sida bat son plein, des individus atteints par la maladie s'organisent autour des *Dallas Buyers Clubs* pour trouver des alternatives au seul médicament anti-rétroviral autorisé sur le sol américain à l'époque, l'AZT, considéré comme dangereux et inefficace. Ces clubs permettent aux membres séropositifs de se fournir en médicaments antirétroviraux étrangers, obtenus illégalement en provenance du Mexique ou du Japon (Mullard, 2014). Ils interviennent dans un contexte où l'Etat se montre incapable de proposer des solutions, et revendiquent le droit de choisir eux-mêmes leur médication.

L'analyse des mobilisations des usagers de substances psychoactives illicites montre qu'il existe une solidarité immédiate dans la subculture des usagers (Friedman et al., 1990), renforcée d'une part par l'apparition du VIH/Sida, mais aussi par leur stigmatisation en tant que criminels et/ou malades (Chimienti et al., 2009 : 134). Dans la veine du *Dallas Buyers Club*, un *San Francisco Cannabis Buyers Club* est créé en 1990, avant le passage de la Proposition 215 (1996), autorisant en Californie l'usage de cannabis médical. Il est là aussi créé par un petit groupe d'activistes pour venir en aide aux personnes touchées par le VIH/Sida. En Europe, le renforcement des législations relatives aux drogues depuis les années 1970 ont eu pour conséquence de dégrader les conditions de vie des consommateurs (Bayer, 1993 ; Hulsman et Van Ransbeek, 1983). La visibilité publique du problème à travers les scènes ouvertes de consommation d'héroïne, en parallèle avec l'organisation progressive des usagers contestant la prohibition qui ne fait qu'augmenter les comportements à risque, aboutit au développement de groupes d'auto-support au niveau local, mais aussi de politiques de réduction des risques dans les législations nationales (Nadelmann, 1992).

Dans chacun des cas cités, c'est bien le déni de reconnaissance du style de vie des usagers qui conduit ceux-ci à se mobiliser, la traduction publique de cet engagement prenant alors la forme d'action collective (Chimienti et al., 2009). Comme le montre Mark Hunyadi, ces revendications émergent dans un contexte à la fois objectif, « *qu'il soit matériel, culturel, ou moral* », mais « *configurées de l'autre part par la subjectivité de celles et ceux qui en sont porteurs* » (Hunyadi, 2003 : 51-52). Ces groupes se mobilisent pour faire valoir non seulement leur intégrité physique, qui est mise en danger par l'autorité de l'Etat, mais aussi leur intégrité morale et juridique (Honneth, 1995).

LE RÔLE DES AUTO-ORGANISATIONS DANS UNE SOCIÉTÉ

S'il est vrai que les lois et la régulation des comportements contribuent au maintien et à la reproduction de l'ordre social qui fait société, néanmoins, cet ordre social est pour partie basé sur des configurations de micro-organisations, où les individus en dessinent les contours à l'intérieur d'un groupe désigné (Reynaud, 1988). Ces alternatives proposées par les usagers viennent rééquilibrer des rapports de force entre la société civile qui s'organise et l'Etat qui décide. En effet, quand le cadre politique et économique le permet, des dynamiques d'expérimentation et de discussion se mettent en place en vue de répondre à des défis nouveaux, autour de processus de coopération et de communication (Cattacin et al., 1999)

L'auto-organisation est ainsi basée sur des interactions à ce niveau micro, qui sont au centre de la société en mouvement. La lecture de Goffman

et Garfinkel montre qu'à partir du moment où les choses ne semblent plus aller de soi pour des individus en collectivité, qu'elles ne sont plus perçues comme désirables et respectables, elles sont transgressées. Ce « trouble » ressenti en cas de rupture du cadre (par exemple l'interdiction par la FDA¹, l'agence américaine qui s'occupe des médicaments, de l'accès à des antirétroviraux par ailleurs autorisés dans d'autres pays ; ou encore le renforcement de la répression policière qui pousse des usagers de drogues à prendre plus de risques) incite les individus à discuter des normes tenues pour acquises (Goffman, 1974). De nombreuses formes d'organisations participent à la construction d'un nouvel ordre social selon une logique *bottom-up*². Parallèlement, dans un objectif de stabilisation de la société, les gouvernements tentent d'établir un ordre social dans une logique *top-down*³, sur le principe de la surveillance et d'institutions puissantes telles que la police. Mais cette approche est destinée à échouer si elle est appliquée de manière rigide, en raison de son faible degré de prise en compte des complexités (Habermas, 1997).

LES DÉFIS DES DYNAMIQUES PARTICIPATIVES DE CONSTRUCTION D'UN NOUVEL ORDRE SOCIAL

Ces formes de mobilisation des consommateurs, qui s'organisent pour réinterpréter les normes en vigueur, contribuent à créer les conditions propices pour que les institutions légitimes participent à la réduction des asymétries sociales qu'elles génèrent et reproduisent. L'émergence des CSC en Espagne a prouvé, à travers sa rapide expansion, le succès de sa formule, dans la mesure où un nombre croissant de consommateurs choisissent délibérément d'adhérer au modèle plutôt que d'alimenter le marché noir. Ceux-ci y trouvent un groupe d'affiliation, un accès aux traitements facilité par la coopération avec certains services de soins, un fonctionnement démocratique, un apprentissage par les pairs (et donc une réduction des risques) (Domenig et Cattacin, 2015), un accès à des produits de qualité connue, ou encore l'assistance en termes de problèmes juridiques liés à la consommation. Ainsi, le modèle des *cannabis clubs* fournit un terrain solide pour contribuer à une approche de santé publique basée sur la prévention et l'éducation pour les consommateurs. Depuis 2014, ce modèle d'auto-organisation par les consommateurs a d'ailleurs su convaincre les autorités uruguayennes, qui incluent les associations d'usagers parmi les trois options proposées pour réguler l'accès au cannabis.

Néanmoins, en l'absence de règles plus strictement implantées, la littérature montre que certains clubs ne résistent pas à la force des logiques du marché, et que l'auto-régulation est une conjoncture ins-

table. Paradoxalement, tandis que les CSC furent créés pour éviter aux consommateurs de se tourner vers le marché noir, les interventions policières qui menèrent à la fermeture de certains clubs ont poussé les membres à se rediriger vers le marché noir. Le manque de régulation vient contredire ainsi le but premier recherché par ses membres. Par ailleurs, certains clubs sont accusés de ne pas respecter les bonnes pratiques (notamment en ce qui concerne le fait de ne pas poursuivre de but lucratif, ou encore en termes de qualité des produits ou de relation avec le marché noir), puisqu'il n'existe pas de réglementation uniforme et contrôlée (Franquero et Bouso Saiz, 2015).

L'exemple des Pays-Bas illustre le problème sous un autre aspect : même s'il incombe de la responsabilité des gérants du *coffee shop* de veiller à ce que les consommateurs aient une consommation raisonnée (à l'intérieur des *coffee shops* notamment, de la même manière qu'un patron de bar), il leur est de plus en plus difficile d'assurer cette responsabilité face à l'afflux de clientèle⁴. Ceci, en raison de la fermeture progressive des *coffee shops* à Amsterdam, qui, loin d'avoir diminué le nombre de consommateurs, n'a fait que déplacer ceux-ci dans un nombre plus réduits de lieux, qui souffrent aujourd'hui d'une sur-affluence. Ces derniers, qui sont avant tout inscrits dans une logique commerciale, ne se voient pas refuser la clientèle, mais déplorent la

baisse de qualité de service au détriment des consommateurs.

CONCLUSION

Face aux défis, les logiques d'auto-organisation sont fragiles et nécessitent de se réfléchir en permanence. Comme le souligne la responsable d'une association d'auto-support rencontrée à Amsterdam⁵, même si l'approche compréhensive de la réduction des risques est structurellement intégrée dans les politiques des drogues néerlandaises, elle est surtout connectée aux groupes d'usagers qui s'en emparent. Ainsi, elle a été jusqu'à présent fortement incarnée parmi les usagers d'héroïne et de crack, mais peine à se réinventer face à l'arrivée de nouveaux types d'usages, notamment celui de GHB. Malgré des problématiques de dépendance et de marginalisation égales à celles rencontrées parmi les anciens groupes d'usagers d'héroïne et crack, la réduction des risques en tant qu'état d'esprit et approche semble disparaître parmi ces nouveaux groupes. Cela pose la question de l'évolution et du renouvellement de ces approches. Le VIH/Sida, autrefois vecteur principal de l'organisation entre les individus, ne représente plus la même menace parmi les nouveaux groupes d'usagers. Ceci doit nous interroger non seulement sur les conditions de mobilisation des individus, mais aussi sur la transmission d'une mémoire collective.

1 Food and Drug Administration

2 Logique ascendante

3 Logique descendante

4 Entretien avec un patron de coffee-shop, Amsterdam, octobre 2016

5 Entretien avec Machteld Busz, Mainline, Amsterdam, octobre 2016

Bibliographie

- Bayer, Ronald (1993). « Introduction: The Great Drug Policy Debate: What Means This Thing Called Decriminalization ? », dans Bayer, Ronald et Gerald Oppenheimer (éd.). *Confronting drug policy: Illicit drugs in a free society*. New York : Cambridge University press, p. 1-23.
- Cattacin, Sandro, Barbara Lucas et Sandra Vetter (1999). « Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau : les transformations de l'État social en Europe. » *Revue Française de Science Politique* 49(3) : 379-398.
- Chimienti, Milena, Sandro Cattacin et Mélanie Pétrémont (2009). *Des organisations impossibles ? Vulnérabilités et citoyennetés urbaines-une perspective comparative*. Genève, Londres : Université de Genève, City University London
- Domenig, Dagmar et Sandro Cattacin (2015). *Les drogues sont-elles dangereuses? Estimations de la dangerosité des substances psychoactives. Recherche réalisée à la demande de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues*. Genève : Université de Genève.
- Franquero, Ó. Parés et José Carlos Bouso Saiz (2015). *Innovation born of necessity. Pioneering drug policy in Catalonia*. New York : Open Society Foundations.
- Friedman, Samuel, Don C. Des Jarlais et Claire E. Sterk (1990). « AIDS and the social relations of intravenous drug users. » *The Milbank Quarterly* 68(Supplement 1 (part 1)) : 85-110.
- Garfinkel, Harold (1967). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : PUF.
- Goffman, Erving (1974). *Les cadres de l'expérience*. Paris : Minuit.
- Habermas, Jürgen (1997). *Droit et démocratie. Entre faits et normes*. Paris : Gallimard.
- Honneth, Axel (1995). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. Cambridge : Polity.
- Hulsman, Louk et Hilde Van Ransbeek (1983). « Évaluation critique de la politique des drogues. » *Déviante et société* 7(3) : 271-281.
- Hunyadi, Mark (2003). « La justice distributive au miroir de la reconnaissance », dans Giugni, Marco et Mark Hunyadi (éd.). *Sphères d'exclusion*. Paris : L'Harmattan. 23-60.
- Mullard, Asher (2014). « Underground drug networks in the early days of AIDS. » *The Lancet* 383(9917) : 592.
- Nadelmann, Ethan (1992). « Legalisation or harm reduction: The debate continues. » *International Journal on Drug Policy* 3(2) : 76-82.
- Reynaud, Jean-Daniel (1988). « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. » *Revue française de sociologie* 29(1) : 5-18.



RADIO FMR : LA PAROLE DES USAGERS DANS L'ESPACE PUBLIC

Radio FMR est une expérience suisse de radio communautaire de prévention par les pairs, diffusée sur internet. Après trois ans de travail collectif, la décision a été prise de lancer un mouvement d'usagers pour revendiquer leur citoyenneté et interpeller la société et les professionnels sur leurs perceptions des sujets qui les concernent. Interview collective de cinq membres de Radio FMR, par Jean-Félix Savary, secrétaire général du GREA¹.

JFS : QU'EST-CE QUE C'EST, LA RADIO FMR ?

Boris : C'est une radio qui veut donner la parole à ceux à qui on ne la donne pas généralement. On a la prétention de dire qu'on est des experts de l'autre côté de la barrière parce qu'on est convaincus qu'on sait des choses que les médecins ou les gens qui travaillent dans le milieu social ne connaissent pas. Nous amenons du vécu, et le vécu, cela ne s'apprend pas dans des livres.

Ken : On se sert de nos expériences passées ou présentes, de nos parcours personnels, pour éviter certains dangers de la consommation aux plus jeunes et à ceux qui débarquent dans ce milieu. Beaucoup n'ont pas les connaissances de base sur la consommation et peuvent avoir des problèmes sérieux à cause de ça. La radio FMR est un vecteur de réduction des risques, qui touche beaucoup de monde.

JFS : QUELLE EST SON HISTOIRE ET POURQUOI AVOIR IMAGINÉ UNE RADIO ?

Daniel : Nous avons participé à une première campagne contre l'hépatite C au début 2013. La participation à la conférence de réduction des risques à Bâle en 2014 a été l'occasion de raconter nos histoires et on s'est rendu compte que cela manquait dans le débat. La radio avait été créée un peu avant la conférence, mais surtout pour traiter de ce sujet-là. On ne savait pas qu'on allait continuer et c'est pour cela qu'elle avait été appelée « FMR » (« éphémère »). Une fois qu'on a vu la dynamique soulevée, on a ouvert un peu plus la porte et on y a mis le pied. On s'est dit qu'on allait essayer de s'incruster dans le débat, car on est persuadés qu'on a des choses intéressantes à dire.

Lou : Par la suite, fonder une association s'est imposé pour pouvoir amener le truc encore plus loin. Au début, on a dû suivre des cours pour savoir comment s'y prendre et développer les buts de la radio, savoir comment on voulait faire passer nos messages. Nous avons aussi réfléchi à diversifier notre offre, par exemple à travers des projets de petits films.

Daniel : La création de l'association, c'est aussi pour le futur : assurer un statut légal, juridique, et pouvoir obtenir plus facilement des financements pour continuer le projet sur le long terme. Nous sommes actuellement soutenus par le Département cantonal de la Santé publique pour les deux projets (radio et dessins animés) et ce financement s'arrête le 31 décembre 2017.

JFS : QUI VOULEZ-VOUS TOUCHER AVEC CETTE NOUVELLE ASSOCIATION? QUELS SONT SES BUTS ?

Lou : Ce sont surtout les jeunes consommateurs ou les plus âgés qui se retrouvent dans ce milieu sans vraiment le connaître. Il y a un gros travail d'éducation à réaliser. Mais nous avons aussi beaucoup de choses à dire aux prétendus « spécialistes » qui ont juste la théorie, mais à qui il manque l'essentiel, à savoir un vécu. La parole n'est vraiment pas assez donnée aux consommateurs et tout le monde est perdant. Il faudrait absolument essayer d'équilibrer tout ça.

Mindy : On a aussi un petit groupe qui s'appelle « Les vénusiennes prennent l'antenne » qui s'adresse seulement aux femmes.

Lou : C'est vrai que les femmes aussi, dans ce milieu, ont des risques un peu différents des hommes. Dans les statistiques, on n'en parle pas du tout.

Il y en a beaucoup qui tombent dans des pièges comme la prostitution, et c'est la majorité silencieuse. C'était aussi l'occasion de parler de sujets assez sensibles comme la parentalité et la consommation. D'ailleurs, l'une de nos émissions parlait des mères qui sont dans la toxicomanie ou qui ont réussi à s'en sortir avec un enfant à charge, et qui souvent ont été victimes de préjugés assez tranchants. C'est une chose qui m'a beaucoup touchée et m'a donné envie de participer activement.

JFS : QUELLE DYNAMIQUE S'EST CONSTRUITE AUTOUR DE CE PROJET ?

Boris : La seule manière de pouvoir faire avancer plus loin le projet était de faire une association, pour qu'elle puisse porter la radio, qu'on puisse avoir des fonds. En fait, c'est une question qu'on ne se posait pas au début parce que c'était Info-drog² et le Relais³ qui finançaient. Donc peu à peu, on a dû se demander : « *mais quand cela s'arrêtera, comment fera-t-on pour continuer ?* » Quand vous parlez de dynamique, il y a une chose importante sur les cours de dessins animés ou de montage son par exemple : les premiers formés forment les suivants. Le but c'est, à terme, de se passer des profs. L'association pourrait aider les gens à trouver une voie de sortie à leurs situations.

JFS : QUELS SONT LES THÈMES PRIORITAIRES POUR VOUS ?

Ken : La réduction des risques, c'est un des thèmes prioritaires qui revient dans chaque émission. Nous avons une perspective large et nous traitons de thèmes variés, qui nous touchent plus ou moins directement, comme le logement, le couple, la famille, la religion... Ils sont tous importants et ils peuvent tous être vus de la perspective de la rue.

JFS : AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ CONFRONTÉS À DES LIMITES DANS VOTRE TRAVAIL, DANS CE QUE VOUS FAITES, DES OBSTACLES, ETC. ?

Ken : Des obstacles forcément, mais des limites non... Je n'ai pas l'impression. À part le temps, pas de limites.

Boris : Il y a aussi l'argent, pour participer à certaines choses, comme aux débats qui se passent dans d'autres pays. On a un certain budget, mais il ne nous permet pas de faire du « tourisme professionnel », à savoir aller dans des conférences à l'étranger, être bien logés et bien nourris, tout cela pour parler de nous. Les professionnels devraient nous donner l'opportunité de nous exprimer, car ils auraient certainement des choses à apprendre s'ils pouvaient mieux nous écouter.

JFS : ÊTES-VOUS EN RELATION AVEC D'AUTRES GROUPES OU AVEC DES PROFESSIONNELS ?

Ken : Il y a plusieurs associations avec qui nous avons des contacts, comme « L'injecteur » à Montréal au Canada⁴. Pour ce qui concerne les professionnels, on a pas mal de contacts avec les organisations locales, que cela soit avec l'Hôpital

(polyclinique d'addictologie) ou les services de réduction des risques (Fondation ABS2 et le Relais).

On a donné des cours aussi aux étudiants qui terminaient l'école sociale à Lausanne (HES). On a pu aller leur parler pendant une heure et demie, de Radio FMR et de problèmes qu'ils vont certainement rencontrer dans leur vie professionnelle, s'ils travaillent avec des marginaux de tout type.

Boris : On a pu faire la même chose à Sierre à l'école sociale (HES) du Valais et nous avons aussi une proposition de l'école d'infirmiers. Nous avons aussi des contacts avec les milieux hospitaliers. La responsable du centre Saint-Martin répond volontiers à des questions précises d'ordre médical, pour nous assurer que nous transmettons des informations crédibles. C'est une bonne collaboration, car ils ont les informations techniques et nous avons les connexions pour faire passer le message aux autres usagers.

JFS : QUELLE EST VOTRE PLACE AUJOURD'HUI DANS CE QU'ON APPELLE LE CHAMP DES ADDICTIONS ?

Mindy : Pour moi, tout reste à faire. Nous commençons à zéro et nous ne pouvons qu'améliorer cette situation.

Boris : Moi aussi, je dirais qu'on n'a pas de place. À part nous à Lausanne, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de groupes qui fassent des demandes ou qui revendiquent des droits en Suisse romande. Par exemple, nous avons fait une demande pour qu'on effectue des tests sur certains produits. Il y a eu des essais avant, mais qui n'ont pas donné forcément de suite. On a quand même une très mauvaise image et je pense qu'au niveau politique, ils font tout pour nous cacher.

Une personne toxicomane n'est pas vue comme un citoyen comme les autres, c'est une personne qui dérange et qui devrait se taire. Nous avons trop tendance à reproduire ce schéma. Mais grâce à la radio, nous avons compris que notre parole a la même valeur que celle de ceux qui ne consomment pas publiquement. Notre place, c'est à nous de la prendre désormais.

Daniel : Nous sommes la face visible de quelque chose, la pointe de l'iceberg, et nous dérangeons. Alors que dans toutes les couches, professions, il y a des gens qui consomment. Discrètement, sans rien dire, sans être visibles. Je crois que nous faisons peur parce que cela renvoie chaque individu à notre place.

Lou : Et surtout, quand il y a des projets en votation qui pourraient être bénéfiques pour la réduction des risques, il y a toujours ce parti politique d'extrême droite suisse qui aime bien faire peur à la population⁶ afin que les choses ne bougent pas trop dans le bon sens, qu'elles restent cachées au maximum.

1 Groupement Romand d'Études des Addictions

2 Centrale nationale de coordination des addictions, mandatée par l'Office Fédéral de la Santé Publique en Suisse

3 Fondation qui accompagne la radio sur le terrain

4 www.linjecteur.ca/accueil_linjecteur.html

5 Accueil à bas seuil à Lausanne : www.fondationabs.ch

6 UDC : Union Démocratique du Centre

JFS : COMMENT VIVEZ-VOUS VOTRE PARTICIPATION AUX DÉBATS PUBLICS ?

Boris : Ce n'est pas simple. Par exemple, nous avons participé à la table ronde publique organisée pour « Support don't punish » à Lausanne, avec des représentants du quartier et des politiques. La table ronde s'était bien passée et c'était très intéressant pour tout le monde. Par contre, il y avait des journalistes et ce qu'ils ont mis au téléjournal le soir nous a choqués. L'homme politique invité à l'émission a été présenté comme un politicien, et le représentant de l'association de quartier comme faisant partie de son association de quartier. Par contre, notre collègue Ken n'a pas été présenté comme le représentant de Radio FMR, mais comme un toxicomane. Pourquoi ne pouvons-nous pas être simplement reconnus dans notre fonction, comme les autres personnes interviewées ? Ça, je trouve que c'est un raccourci qui a été pris et qui n'était pas très correct. C'est la première claque qu'on a prise avec les médias. Maintenant on sait un petit peu tous les risques qu'on prend et on essaye de se préparer.

Ken : On a fait un sketch humoristique sur *You-Tube* qui reprend justement cette petite altercation, où on explique ce qui s'est réellement passé. On a tourné ça en dérision plutôt que de leur écrire et de se plaindre. Évidemment qu'il y aura moins d'écoutes qu'un téléjournal, mais on pensait que c'était plus marrant de le faire comme ça et que ça pourrait plaire aux personnes qui écoutent Radio FMR.

JFS : DANS QUEL DOMAINE APORTEZ-VOUS UNE PLUS-VALUE ?

Ken : Dans la prévention des risques. Dans les débats publics, on commence à émerger, mais ça reste très léger, on est peu représentés. On a eu le cas d'une rencontre au Palais de Rumine, où on était à 50 mètres de la place. C'était que des professionnels et le prix d'entrée était dissuasif. Tout le monde parlait de toxicomanie, alors que les gens concernés étaient dehors et que pas un n'aurait pu se payer l'entrée.

Boris : J'ai eu la chance d'aller à la conférence de Bâle il y a deux ans et sur le moment, on l'a pris comme un privilège, mais en fait c'est un droit qu'on aurait dû avoir depuis le début. On ne devrait pas remercier les gens, mais presque leur dire : « *mais pourquoi vous n'y avez pas pensé avant ? Il y a tellement de problèmes que vous auriez pu résoudre plus tôt si vous nous aviez demandé notre avis...* » Je pense aussi qu'il faut davantage s'occuper de la précarité.

JFS : LES PROFESSIONNELS DOIVENT DONC SE MONTRER PLUS OUVERTS ?

Mindy : Je trouve qu'il reste beaucoup à faire. Concernant la Fondation ABS, c'est vrai qu'on a de l'aide. Quand je pense à l'ABS, je pense aux premiers soins, où on va se documenter quand on est à la rue, mais il manque encore énormément d'institutions. De manière générale, on n'est pas

non plus assez écoutés au niveau de la réduction de risque.

Daniel : Pas mal de personnes ont le sentiment d'être déresponsabilisées, infantilisées ou pas écoutées. Certains veulent baisser, ajuster le traitement au fur et à mesure, mais ils ne sont pas entendus par les prescripteurs de ces médicaments. Il y a un manque de soutien psychologique ou psychiatrique. Une forme qui marche assez bien c'est quand un médecin traitant, un psychothérapeute et un patient s'entendent autour d'objectifs communs. Ce n'est pas le cas ici à Lausanne, où on médicalise beaucoup les gens.

Boris : Je trouve que l'évolution au niveau des prestations médico-sociales est excellente. Par contre, au niveau de la prise de parole, c'est une *statu quo*.

JFS : LA REVENDICATION « JAMAIS RIEN SUR NOUS SANS NOUS » EST PRÉSENTE DANS LES PAYS ANGLO-SAXONS. POURQUOI, SELON VOUS, CETTE REVENDICATION EST-ELLE MOINS AUDIBLE DANS LES PAYS FRANCOPHONES ?

Boris : On compte bien changer cela.

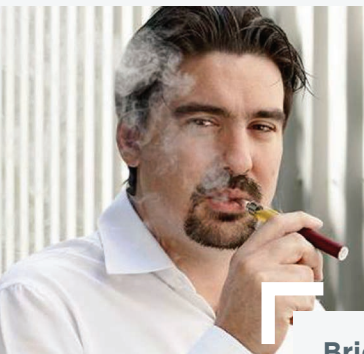
Ken : Je pense que ça vient du tempérament helvétique qui est assez conservateur et qui a du mal à évoluer. Ce n'est pas seulement dans la toxicomanie, c'est quelque chose de plus vaste. C'est une question d'évolution des mentalités, comme pour l'homosexualité. Le tempérament helvétique a tendance à freiner, plutôt qu'à aller vers le changement.

JFS : COMMENT VOYEZ-VOUS LE FUTUR DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Lou : Déjà, pour les jeunes qui sont en soirées, il faut absolument développer les tests de produits ; ça aurait dû passer depuis longtemps. Ils l'ont fait en Suisse alémanique, chez nous ça a traîné. Il y a plein de trucs qui circulent actuellement et on ne sait pas toujours ce que c'est. Sinon, il faut une institution qui nous représente et qui puisse travailler main dans la main avec les spécialistes parce qu'eux, ils ont la théorie et nous, on a la pratique. Généralement, quand on veut faire quelque chose qui fonctionne, il faut les deux. Nous devons casser les archétypes faussés, les préjugés. Que les gens prennent conscience que le toxicomane, ce n'est pas que le gars qui est à la Riponne⁷ : ça peut être aussi le mec en costard et cravate qui va te servir tes billets à la banque. Ça peut être n'importe qui. Je pense qu'à partir de là, dès qu'on aura réussi à démonter tout ça, il pourra y avoir une réelle évolution dans la réduction des risques.

Mindy : Nous n'avons pas forcément le même avis sur ces questions. Mais l'essentiel est de pouvoir en discuter. Nous devons aussi faire notre chemin. On apprend, et on apprendra aux autres.

>> ÉCOUTER RADIO FMR SUR LE WEB : WWW.RADIO-FMR.CH



Brice Lepoutre
Président de l'association Aïduce
(France)



Fabrice Olivet
Directeur de l'association ASUD
(France)



Pierre Chappard
Président de l'association Psychoactif
et coordonnateur du Réseau Français
de Réduction des Risques (France)

1 Pierre CHAPPARD, « Psychoactif, l'auto-support 2.0 », *Acta*, n°13, décembre 2013

2 Fabrice OLIVET, « Usagers, drogués, toxicos : des paroles et des actes », *Acta*, n°13, décembre 2013

3 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 mars 2002

ASSOCIATIONS D'USAGERS : UNE NOUVELLE DYNAMIQUE PARTICIPATIVE

Natalie Castetz, journaliste

Au sein des associations, les usagers de substances psychoactives partagent leurs informations, échangent leurs expériences, deviennent des acteurs essentiels de la réduction des risques, jusqu'à, parfois, influencer les politiques publiques. Exemple en France.

Longtemps discrète, la parole des usagers a progressivement émergé et s'est formalisée, au fil des années. Les associations se sont créées, favorisant une nouvelle figure de l'usager, à la fois informé et en capacité d'échanger des savoirs et de faire des choix raisonnés vis-à-vis de sa propre situation. Cette dynamique participative favorise le partage des expériences, la dé-stigmatisation, la sortie de l'isolement, jusqu'à influencer parfois, l'évolution des lois. Cette émergence est née dès les années 1990, de la lutte contre le Sida et de la mobilisation des usagers au sein d'associations dédiées (ASUD) ou plus généralistes (Act Up, AIDES...), ce qui a permis les nombreux changements règlementaires de la réduction des risques. Plus récemment, la parole des usagers a été favorisée par une révolution technologique : Internet. Elle est ainsi devenue plus visible par le biais des forums et des sites. Pierre Chappard, président de l'association Psychoactif, coordonnateur du Réseau Français de Réduction des Risques, le rappelle : avec le développement de l'interactivité, « Internet est désormais entré dans une phase participative, fondée sur la contribution de tous, et cela gratuitement »¹.

« REPRÉSENTANT DE PATIENT »

Et pourtant. En matière de drogues, l'information fut « longtemps un monopole exclusivement réservé aux deux ordres privilégiés, les nobles d'épée, c'est-à-dire la police et la justice et le monde

de la robe, c'est-à-dire les clercs du médical et du social », raconte Fabrice Olivet, directeur de l'association ASUD (Auto-support des usagers de drogues)². Que les personnes présentant des conduites addictives puissent s'exprimer est resté longtemps inimaginable : elles étaient hors-jeu, hors des débats puisqu'elles étaient disqualifiées par leur condition même de « drogués ». « Nul ne se soucie de savoir ce qu'un drogué aurait à dire à d'autres drogués, ou plutôt si, tout le monde en a peur ». D'où la disparition de publications comme le mensuel *L'Éléphant Rose* ou *Fais Nétour*, en 1996. D'où surtout les ravages du Sida parmi les toxicomanes. L'absence d'information a, selon Fabrice Olivet, démultiplié l'épidémie : « Le bâillon de la loi qui interdit de s'informer sur les drogues et sur la manière de les consommer fut un allié objectif du virus ».

Le changement est venu de la loi du 4 mars 2002³, dite « loi Kouchner », relative à la représentation des personnes malades et des usagers du système : « En obtenant l'agrément « représentant de patient », on est inscrit dans l'organigramme officiel des instances habilitées à s'exprimer au nom des usagers, reconnaît Fabrice Olivet. Après association de lutte contre le Sida, nous voilà association de patients. » Puis, c'est le décret du 25 mars 2004 qui a institué le conseil de la vie sociale (CVS), une instance dédiée à la représentation des personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux. Résultat, en 2007, l'association ASUD (créée en 1992) est agréée au niveau national pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

PARTAGER, CONSTRUIRE LES SAVOIRS

Partager, parler, écouter, s'entraider, tels sont les buts affichés des associations, telles que Narcotiques Anonymes (NA) ou Alcooliques Anonymes (AA), dont Fabrice Olivet rappelle « *le rôle curatif joué par l'empathie collective des membres de la communauté* ». Avec Internet, c'est un bouleversement dès le début des années 2000. « *Une floraison impressionnante de forums Internet fait de la communication entre drogués leur raison d'être* », raconte le directeur d'ASUD.

En 2013, *Psychoactif*, l'ancien forum d'ASUD, a ainsi pris son autonomie, avant de se fonder en véritable association d'auto-support. Naissent également les plates-formes *Psychonaut* ou *Lucid State* pour les francophones, et *Bluelight* ou *Drugs-Forum* pour les anglophones. *Psychoactif* propose, outre de nombreux forums, un « psychowiki », qui est « *une construction collaborative sur les produits psychoactifs et leurs usages à partir du savoir des consommateurs* ». Pierre Chappard le constate, « *l'information n'est plus seulement « descendante », allant de sites centraux jusqu'à celui qui cherche des renseignements : chacun peut dorénavant, en temps réel, recevoir et envoyer de l'information* ».

DIALOGUER AVEC LES INTERVENANTS

D'abord source d'information pour les usagers de drogues, Internet devient alors la « *construction de savoirs sur les drogues et leurs usages* », partagés par des communautés Internet d'usagers, sur les forums ou les blogs. À la clef, un besoin social de témoigner, de partager, de ne pas être jugé, le besoin de sortir de l'isolement et de la stigmatisation de l'usage en rejoignant la communauté des hommes, de rendre service et de réduire les risques induits par son comportement.

Sur *Psychoactif*, des animateurs bénévoles qui sont des usagers de drogues, anciens ou actuels, forment une équipe et animent la communauté, chargés de certains domaines selon leur expertise et leur ancienneté sur la plate-forme. Et, selon Pierre Chappard, « *des médecins, des pharmaciens, des professionnels de la réduction des risques ou du soin viennent aussi partager leur point de vue, complétant ainsi les témoignages des usagers* ».

PORTE-PAROLLES POLITIQUES

Les associations d'usagers peuvent aussi prétendre à devenir des porte-paroles politiques dans le contexte de changements législatifs. C'est pour « *représenter la voix du consommateur, rétablir la vérité et être un interlocuteur pour les pouvoirs publics* » que s'est ainsi créée l'Association indépendante des utilisateurs de la cigarette électronique (Aiduce), en 2013. Il était alors question de médicaliser la cigarette électronique, sur proposition du Parlement européen : « *Nous avons voulu que le dispositif, simple alternative au tabac*

qui permet aux fumeurs de se délivrer d'une habitude nocive, reste disponible dans la catégorie des biens de consommation », explique son fondateur Brice Lepoutre. Jusque-là, cet ancien fumeur animait un forum de discussions, où s'échangeaient des conseils, des informations, des avis de consommateurs « *par solidarité, pour s'entraider* ». La fréquentation est passée de 3 000 visiteurs par mois à près d'un million aujourd'hui.

À peine créée, l'association s'est fait connaître via des courriers et pétitions, et une émission sur une radio de grande écoute. Résultat, Brice Lepoutre a été invité à participer au rapport rédigé pour le ministère de la santé par le pneumologue Bertrand Dautzenberg, président de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT). Celui-ci a finalement changé d'avis, reconnaissant que l'e-cigarette est bien moins dangereuse que le tabac et qu'elle est efficace dans le sevrage tabagique. Depuis, l'association (tous des bénévoles) est invitée à des débats, colloques, conférences et manifestations, édite un journal et des brochures « *pour démentir les rumeurs* » : plus de 20 000 exemplaires ont déjà été distribués. Il s'agit aussi bien de donner « *les bonnes informations* » quand le vapotage est menacé par « *des lois liberticides* » que de permettre aux usagers d'avoir le choix du matériel et de l'utilisation qui lui convient. « *Nous sommes pris au sérieux par les instances politiques comme par les professionnels tels que les médecins* », apprécie Brice Lepoutre. L'association compte 3 000 adhérents.

MOBILISATION

Certes, il faut reconnaître que les freins restent importants. Ils peuvent venir des usagers eux-mêmes : « *Il n'est pas toujours facile de mobiliser en masse* », reconnaît Brice Lepoutre, quand par exemple il s'agit de manifester à Paris dans le contexte de la loi Santé⁴. Trois mille adhérents, « *c'est peu quand on sait qu'il y a un million de vapoteurs en France* ». Il est vrai que s'exprimer via les réseaux sociaux est plus facile, d'autant que ce mode permet l'anonymat et autorise tous les discours, Internet servant souvent de défoirer. Il s'agit aussi de mobiliser et de convaincre de leur légitimité à s'exprimer les personnes isolées, qui se sentent exclues et se replient sur elles-mêmes.

Autre obstacle, le statut de bénévole de nombreux responsables d'associations, qui à l'évidence limite les actions. Et ce, d'autant plus que, contrairement aux « *discours convenus sur l'importance de la démocratie sanitaire et de l'implication des usagers au sein des instances de décision, le soutien financier par le biais de l'attribution des fonds publics ne cesse de diminuer* », dénonce Fabrice Olivet. Ainsi, la réduction des risques ayant pratiquement éradiqué le Sida au sein des populations d'usagers de drogues, « *la menace de la maladie ne constitue plus un élément suffisamment mobilisateur aux yeux des pouvoirs publics* ».

Les freins peuvent aussi venir des professionnels eux-mêmes qui pensent être les seuls à détenir connaissances et savoir-faire, et ont du mal parfois à accepter que la parole des usagers vaut autant que la leur.

Cependant, les associations ont un rôle de plus en plus reconnu et tout le monde s'accorde à le constater : ces communautés sont essentielles dans le soin et la réduction des risques.



Illia Sarkissiane
Responsable de projets,
association Modus Vivendi
(Belgique)

© Maelle Doyen



Lilian Babé
Collectif « Ensemble,
limitons les risques »,
Directeur adjoint du CSAPA
Solea à Besançon (France)



Guido Biscontin
Travailleur social de
proximité auprès du
Checkpoint Vaud
(Fondation Profa),
Lausanne (Suisse)

© Christophe Koersgen



Jean-Sébastien Fallu
Chercheur, cofondateur
du Groupe d'intervention
et de recherche psychosociale
(GRIP) et professeur
à l'Université de Montréal
(Québec)

© Claude Lacasse

RÉDUIRE LES RISQUES POUR CONTINUER À FAIRE LA FÊTE

Natalie Castetz, journaliste

Que ce soit dans les salles de concerts, les espaces urbains, les festivals officiels ou les soirées alternatives, l'intervention en milieu festif vise avant tout à informer, à sensibiliser et à outiller. Petit tour d'horizon sur les territoires français, belge, canadien et suisse.

Ici et là, tous ont le même objectif : diffuser en milieu festif des informations et des recommandations, écrites et orales, pour accompagner et/ou favoriser une consommation à moindre risque. Globalement, le mode opératoire est identique. Sur les lieux de la fête, au minimum un stand d'information permanent et visible, avec intervenants, affiches avec logos, flyers, matériel stérile, bouchons

d'oreille, préservatifs, bouteilles d'eau, éthylotests, éthylomètres...

Les festivals requièrent une organisation plus importante. Ainsi, en Belgique, l'association bruxelloise Modus Vivendi' coordonne une quarantaine d'intervenants durant le festival Esperanzah (plus de 35 500 participants), voire 80 au Dour Festi-

val (plus de 200 000 festivaliers sur cinq jours), où elle travaille avec l'association française lilloise Spiritek². S'ajoutent les tournées d'intervenants qui vont à la rencontre des festivaliers, expliquant leur action, distribuant de l'eau et du matériel, jusqu'aux maraudes dans les zones *off*, parkings et campings...

Dans ces grands rassemblements, Modus Vivendi prévoit une Relax Zone ou *chill-out*³, espace de détente avec une trentaine de lits et, en permanence, un travailleur social et une infirmière ou un médecin, à côté de la Croix-Rouge. « Elle permet d'accueillir les usagers en situation d'angoisse suite à une consommation de psychotropes, des effets de la fatigue, du soleil et de l'alcool », souligne Illia Sarkissiane, responsable de projets à Modus Vivendi. Dans la salle de concert consacrée aux musiques actuelles La Rodia, à Besançon (Doubs, France), un studio calme est mis à disposition : le Collectif « Ensemble, limitons les risques » (porté par le CSAPA Solea) peut y animer un *chill-out*. « Nous annonçons notre présence à l'avance, via les réseaux sociaux », précise Lilian Babé, directeur adjoint de Solea.

« PAIRS AIDANTS »

La majorité des acteurs adopte le principe du « pair aidant » : l'intervenant est lui-même consommateur ou ancien consommateur, soucieux d'« éviter aux autres les erreurs qu'ils ont pu faire, commente Illia Sarkissiane. Ils ont une meilleure connaissance empirique et davantage de crédibilité que nous ». Une vingtaine de personnes interviennent ainsi dans l'année, après avoir été formées. Un débriefing est effectué après chaque soirée. Idem à Besançon.

Salles de concert, festivals, *free parties*... : « On essaye de ratisser large », note Illia Sarkissiane. À Besançon, ville étudiante, l'équipe du Collectif intervient aussi le jeudi soir, en milieu urbain, avec un camion aménagé doté d'un espace *chill-out* et des équipes de maraudes constituées d'étudiants formés à la réduction des risques. « Les modalités d'action sont chaque fois définies en amont de l'événement, en lien avec les organisateurs qui sont impliqués, précise Lilian Babé. Les outils seront mis en place en fonction d'un diagnostic préalable, selon la nature, la durée, l'autorisation ou non de la manifestation, du public attendu, la typologie du lieu, etc. »

« DRUG CHECKING »

Écouter, informer, rassurer et accompagner. Ces consommateurs « récréatifs occasionnels dont beaucoup n'ont pas encore de problèmes de dépendance », rappelle Jean-Sébastien Fallu, chercheur à l'Université de Montréal, cofondateur du Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (GRIP). Et ce, « dans le non-jugement, le respect du choix de l'autre ». Si globalement, les modes opératoires des interventions en milieu festif sont similaires, le contrôle des produits, par contre, n'est

pas pratiqué partout. Limité par des contraintes législatives locales ou parce que « nous n'avons pas les moyens de pratiquer la chromatographie sur couche mince », regrette Lilian Babé.

Ici et là, l'idée fait son chemin. Au Canada, où le *drug checking*⁴ reste interdit, « l'opinion a changé depuis deux ans », constate Jean-Sébastien Fallu. Depuis que le festival de musique électronique de Toronto, le VELD, a connu en août 2014 le décès de deux jeunes participants et l'hospitalisation d'une quinzaine d'autres festivaliers, vraisemblablement intoxiqués par une substance consommée sur les lieux. Et peu après, deux autres décès dans le Maryland (États-Unis), dans des circonstances similaires. « L'analyse des substances, qui était à l'origine même de la création du GRIP, semble de mieux en mieux acceptée », note Jean-Sébastien Fallu. Un protocole a été créé en 2016 pour un programme de recherche sur la faisabilité de l'implantation d'un service pouvant pratiquer le *drug checking*.

À Bruxelles, Modus Vivendi a signé un accord avec le ministère de la Santé publique pour réaliser dans ses locaux des tests de produits psychotropes. Ils sont les seuls en Belgique. Chaque vendredi, les consommateurs peuvent faire faire des tests auprès d'un chimiste, deux à trois en moyenne par semaine : « un moment privilégié pour parler avec l'usager de la composition des produits et donner des conseils pratiques de réduction des risques ». Si un produit s'annonce dangereux, l'association lance des alertes.

DÉPISTAGE RAPIDE

En Suisse, dans le canton de Vaud, Guido Biscontin est travailleur social hors murs auprès du Checkpoint Vaud (Fondation Profa), centre de santé sexuelle pour hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et pour les personnes trans. Il intervient dans les lieux de rencontre extérieurs, saunas, sex clubs gays, lieux festifs. Les discussions, échanges au bar ou dans les couloirs servent à « créer des liens avec les personnes et peuvent aboutir à des conseils en santé sexuelle voire à des propositions, sur place, de dépistage à résultat rapide du VIH et de la syphilis, infection qui tend à augmenter ces dernières années ». Un projet pilote de recherche a été lancé en 2016, « Appel-rapide », qui vise à réaliser et communiquer directement sur place les résultats du test VIH hors les murs, sans obliger la personne à se rendre au centre de santé. La réalisation des tests se fait par prélèvement de sang capillaire au bout du doigt et le résultat est connu au bout de vingt minutes⁵. Le projet sera évalué au niveau de sa faisabilité et acceptabilité et par rapport à la population qui en a bénéficié.

ANNÉES 2000

Que de chemin parcouru depuis la fin des années 1990, époque à laquelle ces actions de réduction des risques sont nées. À Besançon, en France, l'ouverture de la salle de concerts (mythique) Le Cylindre a été le déclic : un collectif de professionnels du secteur médico-social, « Ensemble, limitons les risques », a lancé en 2003 ce type d'interventions, « *d'abord rattaché au Réseau Ville hôpital Toxicomanie, puis au CSAPA Solea en 2011, pour informer des risques de tous types, auditifs, sexuels ou liés à la consommation de substances psychoactives* », raconte Lilian Babé. Aujourd'hui, l'équipe, renforcée par la venue de nombreux bénévoles, réalise une quarantaine d'interventions par an, tous lieux confondus.

Ce mode d'intervention a parfois prolongé les actions de réduction des risques mises en place dans les années 1980 dans le contexte de l'épidémie de Sida. Ainsi, à Bruxelles, l'association Modus Vivendi : « *il y a eu au départ la volonté des usagers, homosexuels et consommateurs de drogues par injection, de diminuer cette épidémie en distribuant des seringues et aiguilles stériles. Peu à peu, nous nous sommes rendu compte en intervenant dans les festivals que le public et les produits changeaient* », explique Illia Sarkissiane. Avec les usagers, l'association commence alors à créer des brochures sur ces nouveaux produits puis, à partir des années 1990, à intervenir en milieu festif.

À Montréal, le GRIP a été créé en 1997, raconte Jean-Sébastien Fallu, par des médecins, infirmiers, festivaliers et universitaires. Leur mission : intervenir pour « *rendre les individus, en particulier les jeunes, plus aptes à prendre des décisions éclairées, moins risquées et plus responsables en matière de consommation* ». L'équipe se déplace d'abord sur les terrains *underground* de la scène techno, puis cherche à s'adapter « *en diversifiant ses milieux d'intervention et en demeurant à l'affût des nouvelles tendances de consommation* ». Depuis sont apparues de nouvelles drogues de synthèses, substances légales, boissons énergisantes, avec le retour de la consommation du LSD, l'injection de kétamine, de cocaïne, en milieu festif... 2 566 jeunes ont été « rejoins » durant l'année 2015-2016, contre 324 entre 2009 et 2010. Depuis, le GRIP compte une cinquantaine de membres et reçoit des aides du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'intervention dans les raves, festivals et établissements festifs « *revêt une pertinence renouvelée et fait l'objet d'une réceptivité sans précédent quant aux instances et partenaires* », se réjouit le GRIP en 2016.

PÔLE INTERRÉGIONAL FESTIF

En tout cas, tous sont convaincus de l'efficacité de ces actions. « *Aujourd'hui, les gens viennent directement nous voir au stand, sachant ce que nous faisons, apprécie Illia Sarkissiane. Ils continuent à consommer mais réduisent la morbidité liée à la consommation.* » « *Nous apportons des informations non jugeantes, rappelle Lilian Babé, et adaptées à des usagers de la fête très divers où se mêlent consommateurs, non-consommateurs, expérimentateurs, organisateurs. Nous apportons aussi des conseils pour des orientations vers des structures de soins pour une suite éventuelle.* »

Il constate : « *nous remarquons que les usagers sont plus à l'écoute et plus attentifs à prendre soin d'eux-mêmes et des autres. Nous constatons également une prise de conscience du côté des organisateurs* ». Le collectif reçoit de plus en plus de demandes de formation sur la réduction des risques venant d'organisateurs de concerts, de patrons et d'équipes de bars, d'équipes de sécurité. « *L'intérêt de tout le monde est que la fête se passe bien* ». S'il déplore le manque de reconnaissance de ces interventions, « *reléguées au plan des missions non obligatoires des CAARUD⁶* » et assurées la plupart du temps par une poignée de bénévoles, le collectif crée un pôle interrégional festif réunissant plusieurs collectifs de la région française Bourgogne - Franche-Comté. Objectifs : améliorer la visibilité, mutualiser les outils pour réduire les coûts, consolider les équipes sur les gros événements, élargir les formations.

2 www.spiritex-asso.com

3 En général sous tente, le « chill out » (littéralement traduisible par « se refroidir ») est un espace en rupture avec l'espace-temps de la fête, calme, convivial, confortable et sécurisant.

4 Analyse des produits psychoactifs

5 En France, les Trod (Tests rapides d'orientation diagnostique) pour le VIH/Sida ont été autorisés en 2010 et ceux pour le VHC en 2016. Les structures qui souhaitent les mettre en œuvre doivent soumettre une demande d'habilitation à leur Agence Régionale de Santé. Pour en savoir plus : www.federationaddiction.fr

6 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (France)

UNE RÉDUCTION DES RISQUES ADAPTÉE AUX FEMMES : L'EXEMPLE DES CAARUD FRANÇAIS

Groupe projet Femmes et addictions de la Fédération Addiction

L'approche et les outils de la réduction des risques doivent-ils être adaptés aux femmes présentant des conduites addictives ? Cette question préoccupe de plus en plus de CAARUD¹ en France, qui dénombrent en moyenne 20% de femmes dans leur file active. Les femmes sont-elles sous-représentées dans les centres ? Et si oui, pourquoi ?

Au-delà de la problématique quantitative, les CAARUD s'interrogent également sur la nécessité d'un accueil et d'un accompagnement différenciés entre les sexes. Les addictions chez les femmes présentent-elles des spécificités à travailler ? La place des femmes dans l'espace public, mais aussi dans l'imaginaire de chacun, a certainement des effets sur ces femmes, qui cumulent bien souvent des difficultés sociales, économiques et psychiques. En plus des spécificités physiologiques, certaines vulnérabilités sont plus fréquemment observées chez les femmes que chez les hommes et méritent d'être prises en compte dans les pratiques professionnelles.

Le faible taux de fréquentation des centres par les femmes s'explique en grande partie par le fait qu'elles sont moins nombreuses que les hommes à présenter des usages nocifs ou des dépendances à certaines substances. Ainsi, elles représentent un peu plus de 25% des consommateurs quotidiens d'alcool², plus de 28% des consommateurs réguliers de cannabis³ et près de 23% des consommateurs de médicaments de substitution aux opiacés⁴. Un léger écart semble toutefois persister entre la moyenne dans les files actives et le nombre de femmes que les centres pourraient potentiellement recevoir.

DES REPRÉSENTATIONS DE GENRE TRÈS PRÉSENTES

Le premier facteur à prendre en compte, tant en matière d'accès au dispositif que d'adaptation de l'accompagnement, ce sont les représentations de genre, c'est-à-dire celles concernant les rapports sociaux de sexe. Elles traversent la question des addictions au même titre que l'ensemble des activités humaines. Ainsi, les femmes ayant des usages nocifs de substance(s) ou des dépendances perdent symboliquement leur supposée capacité de « prendre soin des autres » qui relève traditionnellement de la fonction féminine, surtout maternelle. Plus que les hommes consommateurs, elles peuvent être perçues comme déviantes, fragiles, dans la perte de contrôle, négligentes, et la confusion entre conduite addictive et sexualité débridée, voire prostitution, est fréquente. Certes, une partie des femmes qui ont des usages importants de substances peuvent les revendiquer comme un élément de plaisir et/ou de fierté, par exemple en contexte festif. Mais les plus en difficulté peuvent

intégrer cette image négative et développer de la honte et de la culpabilité vis-à-vis de leur conduite.

CONTREBALANCER LA STIGMATISATION ET LA PEUR DU JUGEMENT QUI EN DÉCOULE

Cette stigmatisation peut expliquer la difficulté des femmes à se rapprocher des dispositifs de réduction des risques. D'une part, le regard et les remarques des hommes usagers des centres, dont le poids est accentué par le fait qu'ils y sont majoritaires, peut être difficile à supporter. D'autre part, les professionnels, spécialistes ou non des addictions, ne sont pas exemptes de représentations, qu'elles peuvent ressentir.

Ainsi, alors que la philosophie de la réduction des risques est basée sur l'accueil inconditionnel des personnes et l'adaptation à leurs besoins, les rapports de genre sont souvent un impensé des centres. Inclure la réflexion dans le projet d'établissement, faire un état des lieux quantitatif et qualitatif des accompagnements menés auprès des femmes et en discuter en équipe peut être une première étape pour évoquer la question des représentations. En parler avec les partenaires, faire intervenir un expert de la question du genre, organiser un séminaire inter-structures sont également des moyens de travailler ce point.

Un deuxième axe de travail consiste à développer des stratégies de contournement : puisque certaines femmes ont peur de venir au centre, le déploie-

ment géographique ou « aller vers » peut permettre de les rencontrer plus facilement. Le CAARUD La Croisée à Epinal a ainsi accordé une attention particulière aux femmes enceintes et avec enfants lors de ses maraudes pédestres et a développé une connaissance approfondie du public des femmes en espace festif. Sensibiliser les partenaires non spécialisés (pharmaciens, médecins, centres de planification, centres de dépistage, hébergements d'urgence, etc.) à la problématique peut également les aider à mieux aborder le sujet des consommations avec les femmes et à les orienter vers le dispositif spécialisé.

Un troisième axe de réflexion concerne la mixité de l'accueil et des activités. Certaines femmes expriment leur sentiment d'insécurité vis-à-vis de la violence masculine dans les accueils mixtes et cherchent à se rendre le plus invisible possible, par exemple en adoptant une apparence et un comportement basés sur les stéréotypes masculins. De nombreux CAARUD ont donc mis en place des temps d'accueil réservés aux femmes durant la semaine⁵. Certains, comme Réduire les Risques à Montpellier ou l'Espace femmes de la Boutique 18 à Paris, ont même dédié leur dispositif aux femmes depuis près de vingt ans. Outre un sentiment de sécurité, la non-mixité peut faciliter la parole et permettre d'aborder des sujets plus intimes. Toutefois les espaces non-mixtes ne conviennent pas à toutes les femmes et à tous les milieux. Ils nécessitent du temps avant d'être adoptés et ne dispensent pas d'une pédagogie auprès des hommes usagers et d'une réflexion globale sur la mixité dans le centre. Le fait de se retrouver entre personnes du même sexe peut aussi exacerber les rivalités et susciter des violences au sein de ces espaces réservés.

ADAPTER LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉE AUX CONSOMMATIONS

La littérature scientifique a mis en évidence une concomitance des conduites addictives et des troubles de la perception du corps plus fréquente chez les femmes, en lien avec des troubles de l'image et de l'estime de soi⁶. De nombreux CAARUD ont développé des activités en lien avec le bien-être corporel, en première intention pour les femmes, et souvent à leur demande : ateliers de socio-esthétique, mais aussi activités sportives ou activités relaxantes⁷.

Pour les injectrices, qui ont les veines plus fragiles que les hommes, l'utilisation d'aiguilles fines et des conseils sur l'injection sont recommandés. Par ailleurs, les femmes consomment plus souvent au sein du couple, où le compagnon a pu fréquemment être l'initiateur de l'usage. Certains CAARUD distribuent donc systématiquement les seringues par deux aux femmes, afin de limiter les risques de contamination.

Plus globalement, quel que soit le produit consommé, des situations d'emprise de la part du compagnon ou de la compagne sont plus souvent

observées chez les consommatrices et peuvent compliquer la demande d'aide et l'accès à l'accompagnement. La dépendance à l'autre au sein du couple vient alors redoubler la dépendance au produit et doit être prise en compte par l'équipe.

RÉDUIRE LES AUTRES RISQUES SANITAIRES ET SOCIAUX

S'ils peuvent concerner également les hommes et les personnes qui ne présentent pas de conduites addictives, les risques sexuels, économiques et le risque de subir certaines violences sont plus fréquemment observés chez les femmes dépendantes⁸.

La réduction des risques sexuels notamment est un incontournable : les femmes sont biologiquement plus vulnérables que les hommes aux infections sexuellement transmissibles et des facteurs socio-économiques peuvent limiter leur accès à l'information et la prévention. Elles sont également beaucoup plus nombreuses que les hommes à vivre des situations de prostitution, principalement lorsqu'elles consomment des produits chers ou en grande quantité (crack, opiacés). Actuellement, 96% des CAARUD mettent à disposition des préservatifs masculins et 90% des préservatifs féminins⁹. Le CAARUD d'Aides 58 profite de la distribution de préservatifs pour initier un dialogue sur les risques sexuels et la contraception, tant avec les hommes qu'avec les femmes. D'autres structures, comme le Sleep'In de Lille, adaptent le matériel distribué aux situations de prostitution. Réduire les risques passe par l'information individuelle et collective sur les risques sexuels, sur l'hygiène intime et sur les effets des consommations sur la sexualité, par l'ouverture d'espaces de parole, mais aussi par l'accès au dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus). Le travail en partenariat avec les centres de planification, les centres de dépistage, des gynécologues sensibilisés aux conduites addictives ou encore des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes prostituées permet d'orienter en fonction des besoins.

CONTRACEPTION, GROSSESSE ET MATERNITÉ

Les professionnels des addictions témoignent à la fois de la difficulté des femmes dépendantes

1 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

2-3 En France métropolitaine. Source : INPES, *Baromètre santé 2014*

4 OFDT, *Tableau de bord TSO 2015*

5 Onze expériences de temps réservés aux femmes sont présentées dans la base d'actions spécifiques de la Fédération Addiction : www.federationaddiction.fr/actions-specifiques-femmes/

6 IAC (Institut d'Anthropologie clinique de Toulouse), *Revue de la littérature : femmes et addictions*, janvier 2013

7 Dix-sept actions en lien avec le bien-être corporel et l'image de soi sont présentées dans la base d'actions spécifiques de la Fédération Addiction : www.federationaddiction.fr/actions-specifiques-femmes/

8 Fédération Addiction, « *Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD* », mai 2016 - disponible sur www.federationaddiction.fr

9 Fédération Addiction, *Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD. Rapport d'enquête*, décembre 2015

à planifier des grossesses désirées, et de demandes d'IVG fréquentes, ce qui met en exergue le besoin d'informer et d'orienter en matière de contraception.

La grossesse des femmes présentant des conduites addictives fait peur, aux femmes elles-mêmes comme aux professionnels sanitaires et sociaux. Les risques encourus par l'enfant en lien avec les consommations et le rythme de vie de la mère sont au cœur des préoccupations. Pour une partie des femmes, il s'agit pourtant d'une « fenêtre thérapeutique », durant laquelle elles seront plus enclines à être accompagnées. Idéalement, l'accompagnement proposé cherche un équilibre entre la réalité de la responsabilité biologique de la femme enceinte et la nécessité de ne pas susciter de culpabilité et de stigmatisation supplémentaires. Beaucoup de CAARUD ont développé un travail en réseau pour pouvoir accompagner les femmes de façon pluridisciplinaire, avec des sages-femmes et gynécologues, des équipes de maternité, mais aussi la PMI (Protection maternelle infantile) et l'ASE (Aide sociale à l'enfance).

Enfin, lorsque les femmes ont les enfants à charge, l'accueil de ces derniers questionne de nombreuses équipes. Certains CAARUD proposent des solutions : partenariat avec un mode de garde à proximité, espace « enfants » aménagé dans le centre, affectation de ressources internes à l'accueil des enfants...

EN CONCLUSION

La réduction des risques peut être adaptée aux femmes en prenant en compte leurs spécificités physiologiques et sociales : de nombreuses structures expérimentent des actions en ce sens ces dernières années. Toutefois, si certaines vulnérabilités sont plus fréquentes chez les femmes, le risque de se focaliser sur leur statut de victime est un autre écueil auquel les professionnels réfléchissent. D'une part, les hommes ont également leurs vulnérabilités spécifiques, et ils sont proportionnellement plus nombreux à devenir dépendants pour beaucoup de substances¹⁰. D'autre part, associer systématiquement les femmes à la vulnérabilité risque de renforcer l'image stéréotypée du « sexe faible » ; l'accompagnement gagnera à s'appuyer plutôt sur les ressources dont elles font preuve.

Par ailleurs, l'existence de vulnérabilités particulières chez les femmes ne signifie pas qu'elles soient systématiques. L'évaluation d'une situation peut s'appuyer sur ces tendances, mais ne peut s'y réduire.

Enfin, nous avons choisi dans cet article de présenter l'adaptation de la réduction des risques en CAARUD pour en simplifier la présentation, mais les axes présentés sont applicables dans toutes les structures susceptibles d'accueillir des femmes présentant des conduites addictives.

INTERVIEW

VÉRONIQUE DELAFORGE, infirmière
au CAARUD Logos (Nîmes, France)

Véronique Delaforge s'intéresse depuis près de 15 ans à l'adaptation de l'accueil et de l'accompagnement aux femmes parmi les publics précaires qu'elle rencontre. Elle a impulsé la réflexion au sein de la structure où elle travaille.

Quelles spécificités constatez-vous chez les femmes qui fréquentent votre centre ?

Nous recevons beaucoup de femmes jeunes, voire très jeunes, en rupture familiale et sociale. Elles sont plus stigmatisées que les hommes. Elles ont souvent une estime d'elles-mêmes faible ; elles peuvent avoir vécu des violences et/ou des situations de prostitution pour pouvoir obtenir du produit ou bénéficier d'un hébergement... Elles se cachent plus que les hommes, surtout si elles ont des enfants.

**Qu'avez-vous mis en place pour elles ?
Qu'avez-vous changé dans vos pratiques ?**

Nous avons ouvert en 2011 un accueil réservé aux femmes avec ou sans enfants, afin de leur offrir un espace à l'abri du regard des hommes. Cet accueil faisait suite à une baisse significative de la fréquentation de l'accueil mixte par les femmes, alors qu'un public potentiel existait. Il a permis d'augmenter à la fois leur fréquentation du centre et leur temps de présence.

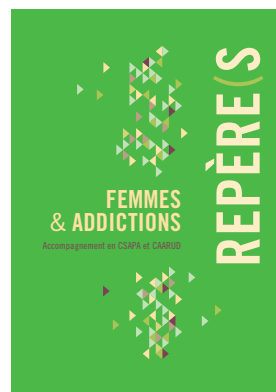
La mise en place de l'accueil réservé a entraîné une plus grande proximité entre intervenants et usagers dans leur ensemble. D'emblée, l'accueil « femmes » s'est avéré plus convivial, plus intime car moins fréquenté que l'accueil mixte, et a amélioré la liberté de parole, entre femmes sur leurs consommations et la vie familiale, mais aussi entre usagères et intervenants. Puis l'accueil mixte a bénéficié de cette évolution.

Au début, les hommes se sont sentis exclus : nous leur avons expliqué pourquoi nous ouvririons cet accueil, et avons dû gérer les tentatives d'intrusion, notamment lorsqu'une usagère est en couple et que son compagnon l'accompagne.

Quels sont, à votre avis, les enjeux sur cette question pour les années à venir ?

Tout d'abord, maintenir la question d'actualité au sein de l'équipe, par exemple sous forme de débats réguliers, afin qu'elle ne soit pas noyée dans le travail quotidien. D'autant que c'est un combat souvent perçu comme d'arrière-garde...

L'enjeu se situe également dans le fait d'aller vers les femmes qui ne viennent pas au CAARUD malgré l'accueil spécifique. Nous travaillons par exemple avec les pharmacies qui mettent à disposition du matériel stérile de consommation.



POUR EN SAVOIR PLUS

Consulter le guide Femmes et addictions de la Fédération Addiction. Téléchargeable librement sur www.federationaddiction.fr, il propose une réflexion et des préconisations en 15 fiches thématiques.



Karine Bertrand,
professeure,
Programmes d'études et
de recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke
(Québec)



Karine Gaudreault,
candidate au doctorat,
Programmes d'études
et de recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke
(Québec)



Élise Roy,
professeure,
Programmes d'études et
de recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke
(Québec)

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : EFFICACE ET APPLICABLE POUR RÉDUIRE LES PRATIQUES D'INJECTION À RISQUE ?

Les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) font bien souvent face à de multiples conséquences associées à leur usage de drogues : exclusion, itinérance, problèmes de santé mentale, abcès, infections transmises sexuellement et par le sang, etc. (Harris et Rhodes, 2013). L'injection de drogues est la principale cause de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) dans les pays développés et l'une des principales causes pour ce qui est du virus d'immunodéficience humaine (VIH). Pour la région de Montréal (Canada), la prévalence du VIH chez les personnes UDI était de 20% et de 67% pour le VHC (Leclerc et coll., 2015). Malgré une diminution très importante des conduites de consommation à risque, en 2013, 17% des usagers rapportaient s'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et cette proportion était de 30% pour les autres matériels d'injection (ex. : filtre, contenant, eau).

L'accès à du matériel d'injection stérile est reconnu comme une pratique efficace en réduction des méfaits permettant de diminuer les pratiques d'injection à risque (PIR). Toutefois, la persistance des PIR chez certaines personnes UDI souligne l'importance d'offrir une diversité d'interventions en vue de mieux répondre à leurs besoins. Ces personnes se présentent sporadiquement dans les services et peuvent manifester peu d'intérêt à s'engager dans des suivis demandant des rencontres multiples, ou encore éprouver des difficultés à surmonter divers obstacles à leur implication dans un suivi (Kidorf et coll., 2012). Ainsi, les interventions brèves offertes

en milieu de proximité sont à privilégier pour mieux aider ces personnes (Meader et coll., 2010; WHO, 2012).

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL POUR RÉDUIRE LES PRATIQUES D'INJECTION À RISQUE

L'entretien motivationnel (EM) est une intervention dont l'efficacité a été démontrée dans plusieurs domaines de santé, notamment sur le plan des addictions (Lundahl et Burke, 2009). L'EM se définit comme « *un style de communication collaborative et centrée sur un objectif, (...), conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer* » (Miller et Rollnick, 2013, p. 30). Toutefois, l'application de l'EM auprès de personnes UDI ainsi que dans un contexte de réduction des méfaits, en vue de réduire des PIR, n'a jamais fait l'objet d'une étude d'efficacité à notre connaissance, sauf pour celle de Baker et coll. (1994). Cette dernière étude ne permet pas d'arriver à des résultats concluants, mais les forts taux d'attrition limitent les conclusions que l'on peut en tirer.

UNE ÉTUDE POUR ÉVALUER L'EM ET DOCUMENTER LA PERSPECTIVE DES PERSONNES UDI

Cette étude a pour objectifs de :

- 1- comparer l'efficacité de deux types d'interventions brèves, l'EM et une intervention éducative (IE), sur les PIR chez les personnes UDI (Bertrand et coll., 2015) ;
- 2- documenter la perspective des personnes UDI qui ont reçu l'une ou l'autre de ces interventions.

Ainsi, deux groupes ont été constitués et les participants ont été assignés au hasard à l'EM ou l'IE. L'IE a été choisie comme intervention de comparaison, compte tenu que c'est ce type d'intervention qui est offert dans les centres communautaires d'accès au matériel au Québec et que les interventions éducatives montrent une certaine efficacité pour réduire les PIR (Mcarthur et al., 2014).

Pour répondre au premier objectif, un essai randomisé a été mené auprès de 221 participants recrutés dans des organismes communautaires à Montréal, ayant rapporté s'être injecté dans le dernier mois et avoir eu au moins une conduite à risque : partage de matériel d'injection - seringue, filtre, contenant, eau - ou partage de drogue par *back loading* ou *front loading* au cours du dernier mois. Précisons que le *front loading* « consiste à remplir une seringue à partir d'une autre par l'aiguille » alors que pour le *back loading*, « le remplissage s'effectue en puisant directement dans le réservoir d'une autre seringue » (Gouvernement du Québec, 2014; p.13).

Le groupe expérimental ayant reçu l'EM et le groupe de comparaison ayant bénéficié de l'IE ont été évalués avant l'intervention (T0) et aux suivis de 3 mois (T1) et 6 mois (T2). Le volet qualitatif permettant de répondre au deuxième objectif, basé sur des entrevues en profondeur, a été mené après le T2.

DESCRIPTION DES INTERVENTIONS : EM ET EI

Les EM, d'une durée de 30-45 minutes, se déployaient selon les quatre processus définis par Miller et Rollnick (2013) :

- 1- l'engagement, soit la création de la relation de confiance ;
- 2- la focalisation sur un comportement précis à aborder au cours du bref entretien, choisi de manière collaborative ;
- 3- l'évocation du discours de changement, concernant notamment l'importance du changement pour le participant et son sentiment de compétence à faire ce changement ;
- 4- la planification, processus actualisé seulement lorsque le participant manifestait des signes qu'il était prêt à réfléchir à cet aspect.

Les intervenants ont été formés (15 heures) puis supervisés tout au long de l'étude à partir d'enregistrements audio, avec la grille de codification validée MITI 3.0 (Moyers et coll., 2007).

L'IE, d'une durée de 30 à 45 minutes, avait pour objectifs :

- de transmettre de l'information sur les pratiques d'injection à moindre risque ;
- d'augmenter les habiletés à utiliser des pratiques d'injection plus sécuritaires ;
- et de soutenir les comportements favorisant la diminution des PIR.

La structure de la rencontre a été développée à partir du document d'information « Chacun son kit, une idée fixe » du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec (MSSS, 2014).

L'IE peut se résumer en quatre étapes :

- 1- présenter l'objectif de la rencontre et son déroulement ;
- 2- inviter le participant à montrer comment il prépare ses injections tout en indiquant comment ses comportements sont plus ou moins sécuritaires ;
- 3- offrir une démonstration (sans drogue) de l'utilisation du matériel d'injection stérile ;
- 4- remettre les dépliants d'information sur les PIR et les ressources disponibles.

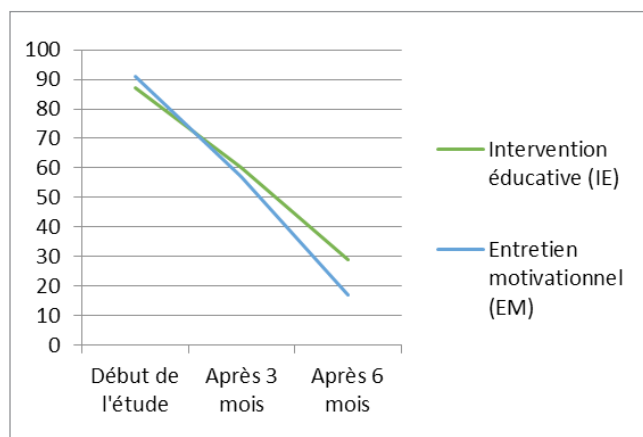
Les intervenants offrant l'IE ont reçu trois heures de formation et des supervisions à partir du matériel audio codifié (20% des IE), au moyen d'une grille de codification.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DU VOLET QUANTITATIF : L'ESSAI RANDOMISÉ

Au total, 221 participants ont été assignés de façon randomisée dans les groupes d'intervention EM (N=112) et IE (N=109). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes au début de l'étude quant à leur profil sociodémographique et leurs pratiques d'injection. Le groupe était composé majoritairement d'hommes (82,2%) nés au Canada (96,3%), âgés en moyenne de 37,9 ans. La moitié des participants (53%) étaient en situation d'instabilité résidentielle. Les principales substances consommées étaient la cocaïne (89,5%), l'héroïne (50,2%), le *speedball* (20,1%), et les médicaments opioïdes (57,5%).

Les deux groupes ont rapporté une diminution significative du partage de leur matériel d'injection entre l'intervention et le suivi de six mois, et ce, de façon plus prononcée pour l'EM (voir la figure 1). Suite à l'intervention, au T2, les participants mentionnant avoir partagé leur matériel d'injection étaient 50% moins susceptibles d'être dans le groupe ayant reçu l'EM. Lorsque les résultats ont été séparés par type de matériel partagé, les participants ayant partagé leur contenant étaient 50% moins susceptibles d'être dans le groupe ayant reçu l'EM et 53% moins susceptibles en ce qui concerne le matériel d'injection autre que la seringue.

Figure 1. Probabilité (%) d'avoir rapporté des pratiques d'injection à risque aux suivis de zéro à six mois, selon le groupe d'intervention



LA PERSPECTIVE DES USAGERS : QU'EN PENSENT LES PERSONNES UDI ?

Les participants ayant reçu l'IE, six mois après l'intervention, se souviennent davantage de l'intervention que ceux ayant reçu l'EM, vraisemblablement en raison de ses aspects concrets. L'IE a été appréciée, même si l'information était déjà connue pour plusieurs. Les participants ont mentionné que l'IE leur permet de se rappeler les pratiques d'injection à moindre risque qu'ils ont été en mesure de mettre en œuvre. Pour d'autres, cette intervention favorise des prises de conscience, surtout pour ceux qui ont pris des risques récemment.

L'EM a été perçu utile par plusieurs participants, mais plus déstabilisant aussi. Il semble que les participants considèrent que l'EM leur a permis d'explorer leur ambivalence quant à leur consommation de drogue par injection et de se recentrer sur le sens qu'ils pouvaient donner à de possibles changements pour diminuer leurs PIR.

« J'ai peut-être agi d'une manière à vouloir commencer à vouloir changer. La manière de consommer, le mode de vie. Ce côté-là, je peux peut-être dire oui, ça a vraiment plus déclenché, parce que quand tu te gèles sept jours sur sept, qu'est-ce que tu veux voir dans la vie pis tout ça ? Ok, c'est ça que je fais, c'est tu ça que je veux ? »

L'aspect introspectif de l'EM peut toutefois être perçu comme intrusif. L'EM est centré sur le participant et celui-ci est encouragé à prendre davantage de place durant l'entretien que l'intervenant.

« Au début, j'ai comme trouvé ça moins drôle... [...] Parce que là, tu me pognes sur des affaires super personnelles pis moi, je ne suis pas du style à parler, à être ouvert de même pis à penser, pis ça me tente tu d'en parler là, là. »

VIGNETTE ILLUSTRANT UN ENTRETIEN MOTIVATIONNEL AUPRÈS D'UNE PERSONNE UDI

Voyons la description d'une vignette, construite à partir de plusieurs témoignages recueillis dans le cadre de l'étude, puis validée par des intervenants communautaires.

Marc (nom fictif) fréquente un organisme communautaire qui distribue du matériel stérile d'injection à Montréal. Il s'injecte des opiacés depuis quatre ans. Suite à une rupture amoureuse il y a cinq ans, il a commencé à consommer de la cocaïne, puis en est arrivé à perdre son emploi et se retrouver à la rue, sans possibilité de revoir son enfant. Il vit depuis chez des connaissances de la rue, quelques fois dans des refuges ou des chambres. Suite à un conflit avec une nouvelle copine qui a eu pour conséquence de le mettre à la rue, Marc a fait une tentative de suicide et s'est retrouvé hospitalisé de façon non volontaire. Il se méfie des hôpitaux et refuse tout suivi psychiatrique. Il est sorti de l'hôpital depuis deux mois. Il vient tous les matins dans un organisme communautaire, principalement lorsqu'un travailleur de rue qu'il aime bien est présent. Il accepte de rencontrer cet intervenant dans son bureau un matin pour aborder sa consommation de drogues, dans le cadre d'un entretien motivationnel.

Pour illustrer le déroulement d'un EM dans ce contexte, voici un extrait d'entretien, filmé dans le cadre d'une mise en situation avec comédien, dans le cadre du développement de matériel vidéo pour soutenir la formation des intervenants.

Intervenant : Je te vois de plus en plus présent à l'organisme, tu as l'air bien ici et c'est rassurant de te voir repartir avec du matériel neuf !

Marc : Ouais, ben... Tu sais je l'échappe souvent encore !

Intervenant : T'aimerais y arriver plus souvent.

Marc : J'suis pas bien fier de moi là, hier j'ai pris tout ce qui pouvait traîner autour pour m'injecter... Y a rien à faire avec moi.

Intervenant : Des fois tu l'échappes et en même temps, il y a des fois que non aussi. Si tu es d'accord, on pourrait parler des deux côtés. Parle-moi, en premier, de ce qui est différent, ces fois-là où ça marche.

Marc : Ben faut pas que ce soit le début du mois, ces fois-là sont les pires. Et puis, il y a quand je suis dans la rue, pis qu'on est une grosse gang, là aussi je fais n'importe quoi !

Intervenant : Tu te connais bien ! Tu arrives à déjà identifier des moments où tu es à risque : quand tu as accès à des montants élevés ou quand il y a beaucoup de consommation autour de toi.

Marc : Ouais, tu sais, c'est beau se connaître mais il faudrait que j'y arrive aussi, pas juste y penser !

Intervenant : C'est important pour toi d'y arriver.

Marc : Oui, il faut ! Tu sais quand j'ai failli mourir, je pensais à mon fils puis à moi avant. Tu sais,

j'ai déjà travaillé, eu une maison pis une famille, j'étais où je voulais être. J'suis pas juste un junkie.

Intervenant : Tu t'es rappelé que pour ton fils, c'était important que tu prennes mieux soin de toi. Tu souhaites plus pour toi. Assez pour réfléchir à ce qui te met à risque et vouloir mieux pour toi. Si tu décidais de faire un premier petit pas, quand tu le voudras, ce pourrait être quoi d'après toi ?

Marc : Il ne faut plus que j'ai accès à de gros montants ! Mon chèque du premier, tu sais, j'en ai le shake avant de l'échanger. Le faire gérer par un organisme, ça m'aiderait, ça m'aiderait à me contrôler.

DISCUSSION

Cette étude montre que les deux interventions ont contribué à diminuer les pratiques d'injection à risque, bien que l'EM ait été montré plus efficace que l'IE sur ce plan. Cette efficacité accrue de l'EM n'est cependant pas montrée au regard de la seringue spécifiquement. Comme l'EM réduit de façon plus marquée le partage des matériels d'injection autres que la seringue, on peut se questionner si l'EM ne serait pas plus à-propos dans les situations caractérisées par une ambivalence au changement.

Compte tenu de la contribution de l'IE à la diminution des PIR et du fait que cette intervention est appréciée par les participants, il semble opportun de la rendre facilement accessible dans les organismes communautaires. Le fait d'offrir régulièrement l'IE pourrait favoriser chez les personnes UDI une prise de conscience de leurs PIR tout en consolidant et valorisant leurs pratiques à moindre risque.

L'EM exige plusieurs heures de formation et de supervision. Malgré que l'EM se soit avéré plus efficace, le temps à investir peut questionner l'efficacité de cette approche. Toutefois, un organisme communautaire pourrait décider de former quelques-uns de leurs cliniciens à l'EM. Pour les personnes UDI qui, malgré des interventions éducatives régulières persistent dans leurs prises de risque, alors l'EM s'avère une alternative très intéressante.

Les recherches demeurent embryonnaires dans le domaine des interventions brèves auprès des personnes UDI. D'autres recherches sont nécessaires pour développer et évaluer des interventions brèves adaptées aux besoins des personnes UDI et améliorer leur santé globale.

Bibliographie

- Baker A., Kochan N., Dixon J., Heather N., Wodak (1994). A. Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment. *AIDS Care*, 6, 559-70
- Bertrand K, Roy É, Vaillancourt É, Vandermeersch J, Berbiche D, Boivin J. (2015). Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among persons who inject drugs. *Addiction*, 110(5), 832-841.
- Gouvernement du Québec (2014). *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Sécurité publique. 98 p.
- Harris, M., & Rhodes, T. (2013). Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors. *Harm Reduction Journal*, 107. doi : 10.1186/1477-7517-10-7
- Kidorf, M., King, V. L., Gandotra, N., Kolodner, K., & Brooner, R. K. (2012). Improving treatment enrollment and re-enrollment rates of syringe exchangers: 12-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1), 162-166.
- Leclerc, P., Roy, É., Morissette, C., Alary, M., Parent, R., Blouin, K. (2015) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*. Institut national de santé publique du Québec. 143p.
- Lundahl, B. L. & Burke, B.L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal Of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245;
- Macarthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, et al. (2014). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 34-52.
- Meader, N., Li, R., Des Jarlais, D. C., & Pilling, S. (2010). Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2eme édition*. Paris : InterEditions.
- MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). (2014). *Chacun son kit. Une idée Fixe*. Disponible à : <http://www.webcitation.org/6OVwOo9Mj>. Accès archivé, 04/01, 2014.
- Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Miller WR, Ernst D. *Revised global scales: Motivational interviewing treatment integrity 3.0 (MITI 3.0)*. Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA): University of New Mexico; 2007.
- WHO (World Health Organization) (2012). *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users-2012. Revision*.

CHANGE LE PROGRAMME : une recherche-action française pour prévenir l'injection par l'approche motivationnelle et les pairs

Change le programme est une intervention de réduction des risques adaptée de l'intervention britannique *Break the cycle* (HUNT, 1998, Drugs: Education, Prevention and Policy). Elle vise, en travaillant avec des usagers injecteurs, à faire baisser le nombre d'initiations à l'injection ou, à défaut, à les retarder et les sécuriser. Développée en France entre 2012 et 2014, *Change le programme* a été implantée en 2015 dans sept centres de réduction des risques dans le cadre d'une recherche interventionnelle, EVAL-CLP, qui visait à évaluer la fai-

sabilité d'une telle intervention en contexte français d'une part, et les effets de l'intervention sur les comportements, représentations et attitudes des usagers d'autre part. L'expérimentation, qui a duré huit mois, a permis d'inclure 166 usagers. Les résultats seront publiés au cours de l'année 2017.

Entre 2010 et 2014, le projet a été piloté par Santé publique France sous l'égide d'un comité de suivi incluant Aides, ASUD, Elsa France, l'AFR, la DGS, la Fédération Addiction, la MILDECA, l'OFDT et le Réseau français de RDR. Depuis 2014, le projet d'évaluation est porté par le RESPADD et les mêmes partenaires, avec une équipe de recherche et une équipe de formateurs.

Plus d'informations : www.respadd.org



MATTHIEU FIEULAINÉ,

ASSOCIATION SANTÉ !

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

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

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

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

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

Matthieu Fieulaine : Notre action se décline en trois axes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



© Max Jacot



© Max Jacot

LE QUAI 9 : UNE AVENTURE AU CŒUR DE LA CONSOMMATION ACTIVE, QUI DONNE À PENSER ET À RÉFLÉCHIR SUR LA CONDITION HUMAINE

Martine Baudin, directrice de l'association Première ligne (Genève, Suisse)

Le Quai 9, salle de consommation à moindre risque, a été ouverte à Genève en décembre 2001. Pour **Addiction(s) : recherches et pratiques**, Martine Baudin, directrice de l'association Première ligne¹, revient sur la création et le fonctionnement de cette structure. Son nom fait référence à une « 9^e voie », en clin d'œil à la proximité de la gare et de ses huit voies qui emmènent les voyageurs aux quatre coins de la Suisse. Il s'agit surtout du choix d'un nom qui fait écho au mouvement et aux passages, nombreux, éphémères ou ponctuels, que les personnes usagères de drogues feront au sein de ce nouveau lieu d'accueil où la consommation n'est ni une finalité, ni une fatalité.

PRÉAMBULE

L'usage de drogues touche le cœur des hommes, nos représentations, nos valeurs, nos schémas de pensée, nos préjugés, nos héritages religieux. Il concerne tout le monde, que l'on ait ou non, dans son entourage, une personne faisant usage de drogues. La consommation pose la question de la recherche d'équilibres de vie et de quête d'un mieux-être. Elle questionne la condition humaine et la place de chaque individu dans une société donnée. La question des drogues est une question sociale, et non uniquement individuelle.

Ouvrir une salle de consommation à moindre risque (SMCR), défendre son expérimentation et valider son existence pour du long terme, c'est avant tout accepter de sortir d'une pensée dogmatique et idéologique autour de la diabolisation de la consommation de produits psychotropes légaux et illégaux. C'est abandonner, une fois pour toute, l'approche de l'abstinence comme seule finalité pour « être heureux ». C'est abandonner, une

fois pour toute, l'idée qu'une salle de consommation aide les personnes à arrêter de consommer. Une SCMR exacerbe ces représentations, celle de la guérison et de la stigmatisation d'un public précis. La SCMR fait partie d'un dispositif complet de réponses diversifiées pour la prise en charge de personnes faisant un usage de produits psychotropes. Une SMCR n'est pas un lieu où des gens consomment n'importe comment, de manière « sauvage » avec des comportements tout aussi « sauvages ». Une SCMR n'est pas la rue : elle fait office d'observatoire sur les pratiques, les rituels et les évolutions en matière de consommation. Rappelons aussi que l'un des objectifs principaux d'une SCMR est l'amélioration pour le quartier dans lequel elle s'implante. À ce voisinage, souvent méfiant, voire opposé à la présence d'une telle structure, une SCMR offre la possibilité de réfléchir sur la thématique des addictions et la place des personnes usagères de drogues au sein d'une cité. Elle propose un dialogue afin de trouver des solutions acceptables pour tous, les professionnels gestionnaires de la SCMR, les habitants d'un quartier et les personnes usagères de drogues elles-mêmes.

LE CADRE LÉGAL

Le travail de réduction des risques liés à l'usage de drogues mené au Quai 9 fait partie de la politique fédérale en matière de toxicomanie, instaurée en Suisse depuis 1991. Cette politique est constituée de quatre piliers d'intervention que sont la prévention, le traitement, la répression et la réduction des risques. À Genève, les autorités cantonales (Conseil d'Etat) ont privilégié le pragmatisme, face à l'émergence du VIH-Sida. Elles ont mis sur pied un dispositif diversifié de prises en charge, allant de la prévention à l'abstinence, en passant par les soins et le traitement, la thérapie et la réduction des risques sanitaires. La concrétisation de cette politique a été donnée au terrain associatif concernant la réduction des risques, en complémentarité au dispositif de soins et de traitement mené par le service public.

L'élément déterminant a été de ne pas faire de la drogue un enjeu électoraliste. Il y a eu une volonté de mettre en place des prestations différenciées et d'apporter une aide à ceux qui n'étaient pas (encore) prêts à arrêter.

LE QUAI 9 S'IMPLANTE À GENÈVE

1996 : l'explosion de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse relance le projet d'une salle de consommation. En mai 2000, une motion en faveur d'une expérimentation est déposée auprès du Parlement genevois pour être acceptée en mai 2001. Le Groupe Sida Genève menait alors un travail de réduction des risques liés à l'usage de drogues depuis 1991 : c'est tout naturellement que le mandat de la SCMR lui a été remis, repris par l'association Première ligne, créée en 2004.

De par le caractère expérimental du projet et un éventuel déplacement, le Quai 9 s'est ancré sous forme d'une structure modulaire dans l'un des quartiers les plus populaires et familiaux de Genève. Le choix du quartier a été la proximité avec la gare, autour de laquelle le trafic de la drogue de rue s'était installé. Pour la réussite de cette expérimentation, il fallait nous assurer de la mobilisation du public ciblé, soit de pouvoir atteindre les personnes usagères de drogues, là où elles se trouvaient.

LE PARADOXE ENTRE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA LOI SUR LES STUPÉFIANTS

Il est important de mettre en éclairage le paradoxe majeur qu'une SCMR pose, à savoir l'opposition entre le fait de pouvoir consommer à moindre risque à des fins de santé publique et l'interdiction de consommer des produits illégaux, d'en vendre ou d'en acheter, au regard de la Loi sur les Stupéfiants (LStup). À Genève, même si le travail de concertation entre les piliers de la réduction des risques et de la répression était bien présent depuis 1991, l'ouverture du Quai 9 a entraîné de nouveaux champs de tension. Il a fallu un travail de concertation redoublé d'efforts entre les acteurs de ces deux piliers. Pour chacun de ces acteurs,

il était impératif de sortir de la pensée dogmatique qu'une SCMR encourage la consommation et que la police ne fait que chasser les personnes usagères de drogues... Il était aussi indispensable de rappeler au pilier de la répression qu'au sein d'une SCMR, il y a forcément des produits illégaux qui circulent, même si les transactions de produits sont sanctionnées. Le Ministère public nous a imposé le rappel auprès des utilisateurs du Quai 9 qu'une SCMR n'était pas une zone de non-droit. Fragile équilibre entre santé et ordre publics... sortir de ce mouvement d'opposition pour être force de proposition d'une nouvelle pensée commune autour de la prise en charge du public toxicomane a été la volonté des gestionnaires du Quai 9. En face, des interlocuteurs du travail de terrain et la hiérarchie supérieure ont été disposés au dialogue. À Genève, nous pouvons souligner qu'aujourd'hui, une bonne partie des représentants du pilier de la répression estime qu'une SCMR est une bonne réponse dans la prise en charge des personnes usagères de drogues.

Concrètement, en regard de la Loi sur les Stupéfiants, un travail de longue haleine a été mené depuis l'ouverture du Quai 9 afin de trouver des *modi vivendi* permettant de conduire dans de bonnes conditions ce mandat de santé publique. Ce dialogue permanent a évité, aux abords de la SCMR, une présence des forces de l'ordre, des contrôles ou des arrestations intempestives qui auraient empêché les bénéficiaires de venir au Quai 9. Un protocole d'intervention policière dans le périmètre de la salle a été établi et validé par le groupe de pilotage désigné pour suivre l'évolution du Quai 9. Un deuxième enjeu, plus que d'actualité, réside dans la gestion de l'espace public devant le périmètre de nos locaux. En tant que gestionnaire, nous ne pouvons faire fi de ce qui se passe sous nos yeux par rapport à la transaction de produits. Cette zone «grise» a fait l'objet de nombreuses discussions et reste un champ de tension, certains jours plus marquée que d'autres.

Plus globalement, ce paradoxe repose la question de l'accès aux produits, du « deal de fourmi » (transactions de produits entre consommateurs), des actes illégaux possibles pour se procurer du produit, des actes inhérents au besoin d'argent pour l'achat de ces produits, tels que l'échange de services sexuels contre du produit... Ainsi, notre association se positionne également en faveur d'alternatives à la guerre contre la drogue, notamment pour la recherche de modèles de productions et de marchés des drogues réglementés par les gouvernements. Elle suit les recommandations de la Commission globale de politique en matière de drogues².

LES CONDITIONS D'ACCÈS ET LES RÈGLES

Toujours en vigueur en 2016, les deux conditions posées par les autorités genevoises ont été l'interdiction de la salle d'injection aux mineurs et la non-présence d'enfants au sein du Quai 9. Nous tenons à préciser qu'à Genève, les consommateurs injecteurs et mineurs ont toujours eu accès au matériel d'injection stérile.

1 www.premiereligne.ch

2 www.globalcommissionondrugs.org

Le Quai 9 est ouvert 365 jours par an, de 11h à 19h. Il ne réside aucune condition pour y accéder : l'association Première ligne défend l'accès universel, quelles que soient l'origine, la provenance et la nationalité de la personne usagère de drogues. Aucun dossier nominatif n'est établi, seul un pseudonyme est demandé afin de chiffrer la file active. Chaque utilisateur vient avec son propre produit ; aucun produit de substitution ni médicament n'est délivré. Les prestations proposées sont un espace sécurisé pour les consommations, les soins de santé primaire, l'échange et la vente de matériel de consommation, la prévention sexuelle, ainsi qu'un conseil personnalisé avec la possibilité d'un dépistage rapide du VIH/Sida et de l'hépatite C.

Aucun produit psychotrope n'est interdit, partant du postulat qu'aucun produit n'est plus dangereux qu'un autre. C'est aussi une opportunité d'évaluer les produits et les risques encourus, suivant les modes de consommation. Tous les points d'injection sont autorisés, sauf le visage et les parties génitales.

Il y a deux règles au Quai 9 : le respect de toute personne se trouvant sur les lieux, qu'elle soit un professionnel ou un utilisateur de la structure d'accueil, et l'absence de transaction de produits, dépannages et cadeaux compris.

L'équipe de travail est constituée de douze collaborateurs/trices, formés en travail social ou en soins infirmiers ; quatre personnes et un agent de sécurité y travaillent chaque jour.

C'est un accueil renouvelé quotidiennement. Il n'y a pas de jugement sur la consommation, mais la prise en compte de celle-ci dans des contextes et situations de vie différents. Les douze places dans l'espace de consommation permettent de travailler sur les trois modes de consommation - six places pour l'injection, quatre pour l'inhalation et deux pour le sniff - de manière séparée ou comme alternative à l'injection pour les deux derniers modes. Les personnes usagères de drogues peuvent utiliser la salle de consommation le nombre de fois qu'elles le souhaitent ; pour autant, à chaque passage, une évaluation de leur « état » est faite afin d'éviter des overdoses potentielles.

QUELQUES CHIFFRES SUR LE PUBLIC REÇU

Depuis sa création, le Quai 9 a reçu 5007 personnes différentes. En 2015, il y a eu 48 726 passages en salle de consommation pour 952 personnes distinctes. Les pourcentages en termes de mode de consommation ont été 52,84 % pour l'injection, 17,31 % pour le sniff et 29,85 % pour l'inhalation. Par rapport à la consommation par voie intraveineuse, l'héroïne a été consommée à 58,38 %, la cocaïne à 7,41 % et le mélange héroïne-Dormicum® à 16,67 %. Ces pourcentages de produits se retrouvent de manière similaire pour les deux autres modes de consommation.

Toujours en 2015, les nouvelles personnes inscrites pour la première fois sont composées de 40,34 % de plus de 35 ans, 43,18 % de personnes entre 26 et 34 ans et 16,48 % de 18-25 ans. À noter que pour le logement, 52,51 % ont déclaré être sans logement fixe ou en logement précaire. Le domicile fixe représente 47,49 %.

Ces chiffres témoignent de la précarité croissante, qui a dicté l'une des orientations principales de ces prochaines années dans notre travail associatif. En visant une amélioration durable, des réponses sociales doivent aussi être apportées.

D'UNE URGENCE SANITAIRE À UNE URGENCE SOCIALE

Le Quai 9 continue à proposer des prestations de réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues car les prises de risques restent importantes. Pour autant, à la suite de constats répétés de situations de vie se détériorant de plus en plus, l'association Première ligne a eu la volonté de pouvoir apporter aux personnes usagères de drogues fréquentant le Quai 9 des réponses supplémentaires qui se situent sur le plan social. Ce travail, que nous définissons désormais comme un travail d'insertion, a démarré en 2010 avec la mise en place du programme « Pôle de valorisation ». Au départ, les objectifs de ce programme étaient ciblés sur la valorisation des compétences, permettant aux personnes d'acquérir des aptitudes et des savoir-faire utiles à leur quotidien. Très vite, ce travail de valorisation n'a pas suffi et a mis en lumière la précarité grandissante dans laquelle vivent beaucoup de personnes usagères de drogues. En sus d'une consommation problématique de produits psychotropes légaux et illégaux, le contexte de vie est toujours, pour un certain nombre, très dégradé. Cet environnement participe pleinement à piéger les personnes dans leur consommation et à la dégradation de leur état de santé.

Un processus d'accompagnement individualisé a été clarifié, ayant pour but premier de réaffilier la personne usagère de drogues à un réseau hors de la consommation active de produits psychotropes. Nous avons très vite constaté que ce travail de réaffiliation permet de modifier la place qu'occupent les produits psychotropes dans le quotidien d'un usager : de centrale, elle devient de plus en plus périphérique. Ce processus permet d'enclencher une démarche dans laquelle s'esquissent de nouvelles perspectives de vie, hors de la consommation, ou en permettant une meilleure gestion de cette consommation. Pour autant, ces nouveaux horizons doivent se mener dans de bonnes conditions. Celles-ci posent une première exigence, celle de bénéficier d'un logement décent et de manière durable. La question de l'hébergement pour les personnes usagères de drogues, en phase de consommation active, reste une question délicate à Genève.

Nous avons également déposé auprès du magistrat de la santé le projet d'un lieu d'accueil, sans possibilité de consommer. Les prestations seraient d'ordre social et menées avec des partenaires du réseau socio-sanitaire genevois. Ce projet est sans suite à l'heure actuelle, par manque de financement étatique. Nous sommes pourtant convaincus que sans ces extensions sur le volet social, le travail des risques sur le plan sanitaire pourrait perdre, aujourd'hui, de sa valeur et de son efficacité.

« Nous avons autant besoin de raisons de vivre que de quoi vivre »

L'abbé Pierre

PROGRAMME PROFAN : UN ACCÈS À LA NALOXONE POUR LES USAGERS PAIR

Nicolas Quijano, pair militant ayant bénéficié
du programme Profan, Montréal



Après plus d'un quart de siècle de luttes quasi incessantes avec Lady H.¹ et ses sœurs, il n'est pas toujours facile de trouver un sens à tout cela. Ou une raison de continuer à se battre. De ne pas s'accrocher à la vie par simple instinct. De trouver un point d'ancrage, sinon d'attache pour faire pivoter la trajectoire existentielle de ma vie vers quelque chose de nouveau, sinon de plus sain et plus serein. Quelque chose de solide, de concret, au-delà du tumultueux univers de mon chaos personnel.

Du même coup, en parallèle avec mon cheminement, j'ai pu en quelque sorte être un témoin privilégié (sic) de l'évolution du traitement de la dépendance aux opiacés. Et des sempiternels reculs et statu quo, tenant plus de la politicaillerie du moment que d'une volonté réelle de changements profonds... Cela dit, il serait injuste de nier les grands bonds faits en TDO² au Québec au cours des trente dernières années. Après tout, cette évolution ayant joué un rôle majeur dans ma survie, me permettant ainsi d'écrire ces lignes. Particulièrement je pense à la réduction des méfaits, malgré le triste constat qu'elle ne soit encore souvent perçue que comme une étape **en attendant la sobriété**. On ne peut nier ces grandes avancées : à la fin des années 1980, on ne pouvait légalement acheter des seringues dans une pharmacie. Heureusement, certains prirent le risque des sanctions de leur ordre professionnel pour nous en vendre à bas coût. À ses débuts, comme premier lieu d'échange de seringues à Montréal, sinon au Canada et en Amérique du Nord, Cactus³ avait des moyens très limités, comparés à la possibilité qu'on a maintenant de prendre des boîtes de 100 seringues gratuitement, et sans échange nécessaire, etc.

N'oublions pas non plus que la réduction des méfaits a eu un impact extraordinaire sur toutes sortes de statistiques si importantes aux décideurs : taux de criminalité, d'infection aux VIH, hépatite C ou autres, décès dus à la septicémie résultant de la réutilisation de seringues et du manque d'éducation sur l'injection hygiénique, etc. Et même si les mentalités changent, et qu'une meilleure compréhension de la réduction des méfaits fait consensus, comment s'étonner que chaque progrès ou avancée dans le domaine doit se faire dans un climat sociopolitique qui, à première vue, semble sympathique, mais ne l'est vraiment que dans la mesure où il sert le discours et les intérêts des décideurs ? Cette lenteur a empêché que d'autres avenues soient explorées plus systématiquement, comme le traitement par injection d'héroïne médicale ou d'hydromorphone⁴, comme option offerte au même titre que la méthadone ou le suboxone.

FACILITER L'ACCÈS À LA NALOXONE

En attendant le prochain grand pas, les pairs s'agitent, cogitent, critiquent et fabriquent de nouveaux outils, comme Profan⁵, le dernier né chez Méta d'Âme⁶. Profan est un programme d'accès à la naloxone injectable et de formation à son protocole d'administration. C'est un outil crucial pour augmenter les chances de survie d'une personne en surdose d'opiacés. Ce n'est pas une panacée, évidemment, mais y avoir accès (du moins pour le moment) sans frais, chez les pharmaciens participants et formés, a ajouté un atout majeur à mon habilité à sauver les vies de mes pairs en surdose.

1 Héroïne

2 Traitement de la dépendance aux opiacés

3 CACTUS Montréal est un organisme communautaire de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Plus d'informations : <http://cactusmontreal.org>

4 Dérivé semi-synthétique de la morphine, qui fait partie du groupe du phénanthrène

5 Profan : Prévenir et réduire les overdoses – Former et accéder à la naloxone

6 <http://metadame.org/>

Mon soupir de soulagement à l'annonce de la disponibilité des formations Profan fut énorme : après plus d'un quart de siècle à faire face aux surdoses de proches ou d'inconnus, la nouvelle était réjouissante, exhalante même : malgré l'absence de naloxone, j'ai eu la chance de contribuer à sauver plus d'une vie. Bien plus souvent que les fois où j'assistais péniblement, désarmé, au départ définitif d'une personne. Et voilà qu'on me donnait un outil extraordinaire pour empêcher qu'une surdose emporte une autre vie.

Ce tout petit programme a peut-être sauvé la vie d'une vingtaine de victimes de surdose d'opiacés dans sa première année d'activité. En d'autres mots, à vingt reprises, un pair ou un proche a appliqué le protocole de Profan et de ce fait, a empêché les conséquences néfastes d'une surdose, sans aucune intervention des autorités médicales ou policières dans bien des cas, et dans tous, sans attendre ni l'un ni l'autre. Ce protocole tout simple inclut par défaut un appel d'urgence au 911 pour commencer, mais prend en compte qu'avec l'utilisateur type, il y a peu ou pas de chance que cet appel soit fait. L'idée étant que l'utilisateur, avec sa trousse Profan, pourra administrer la naloxone et réanimer la victime sans qu'aucune aide extérieure ne soit nécessaire. Cela dit, le protocole recommande de faire cet appel au 911 avant toute chose, pour que l'arrivée des premiers répondants se fasse le plus tôt possible, et que l'utilisateur administre la naloxone et la RCR⁷ en les attendant. Si ses efforts ne sont pas suffisants, si c'est bien une surdose d'opiacés, ils auront au moins diminué son amplitude tout en réduisant le manque d'oxygène au cerveau par l'application continue des manœuvres de RCR.

FORMER LES PAIRS

Mais bien que de sauver des vies soit le but premier de ce programme, sa portée est bien plus profonde : elle permet de mettre un usager en contact avec l'association Méta d'Âme et donc de prendre connaissance des services s'offrant à lui. Pour commencer, l'offre d'une compensation financière permet à l'utilisateur de prendre le temps nécessaire à la formation, tout en sachant qu'il aura les sous pour sa prochaine dose. Cela est crucial pour aller chercher les usagers qui ont le plus de chance de se retrouver dans des situations où leur trousse de naloxone fera la différence entre la vie et la mort : les tranchées du monde des opiacés. Cette compensation augmente grandement les chances que l'utilisateur se présente pour la formation. Mais ce n'est pas tout : l'accent est mis quand même sur la prévention des surdoses et la destruction de certains mythes sur le sauvetage en cas de surdose d'opiacés. L'idée est d'éduquer les pairs et leurs proches, au cours d'un dialogue, sur les moyens de prévenir les surdoses et leurs signes avant-coureurs, le tout dans le cadre d'une demi-journée de formation sur la naloxone et son protocole d'administration. Pour ceux n'étant pas déjà été formés en RCR, le reste de la journée y est consacré.

Incidentement, je suis entré dans les statistiques avec ma première trousse. Elle fut utilisée lors d'une surdose importante, sauvant probablement la vie de l'utilisateur, sans que je ne sois même là. J'avais pris sur moi la décision de laisser ma trousse chez un ami où nombre de personnes consommaient opiacés et autres substances, ce qui rendait les risques de surdose très élevés. Ce faisant, elle serait là pour servir dans l'éventualité où moi, je n'y serais pas. De même, je ne pourrais l'oublier chez moi en y allant, puisque j'y passais du temps chaque jour. En théorie, je n'aurais peut-être pas dû faire cela, mais en réalité, je laissais un outil supplémentaire dans les mains d'une personne aussi expérimentée que moi dans le traitement des surdoses avec les moyens du bord. En fait, sa formation en RCR était de loin supérieure à la mienne et à l'époque, sa situation l'empêchait complètement de suivre la formation. Et donc, laisser ma trousse chez lui augmentait les chances qu'une surdose soit traitée convenablement. Si c'était à refaire, il est fort probable que je le referais. Mais je m'assurerais aussi d'organiser la visite d'un pair autorisé à faire la formation chez mon ami, pour qu'il puisse avoir une trousse en permanence. Je ne crois pas qu'un programme mené par nos bureaucrates favoriserait possible un tel scénario : laisser une trousse, ou une formation dans un domicile « suspect ».

FORMATION PAR LES PAIRS SUR L'UTILISATION DE LA NALOXONE

À Montréal, depuis deux ans, un organisme constitué de pairs aidants, Méta d'Âme, a offert des dizaines de formations sur l'utilisation de la naloxone, un médicament injectable qui réactive le système respiratoire lors d'une surdose au Fentanyl ou à un autre opioïde.

Plus de 300 personnes, dont des utilisateurs de drogues injectables et des intervenants sociaux actifs sur le terrain, ont suivi la formation. Elles ont ensuite reçu gratuitement une trousse de naloxone qui contient deux injections de l'antidote. Elles ont permis de sauver des dizaines de vies à Montréal.

FAVORISER LE CONTACT AVEC LES ASSOCIATIONS RESSOURCES

Suivre la formation Profan en juillet 2015 m'a directement mené à faire ma demande de résidence chez Méta d'Âme et ainsi être bien logé à peu de coûts en ce début hâtif et glacial de l'hiver 2016-2017. Pourquoi ? Parce que ce fut mon premier contact concret avec l'organisme et que les impressions

formées au cours de cette journée de formation me permirent de faire fi de mes réserves sur le fait d'habiter dans un HLM semi-supervisé.

Encore là, une telle formation par un organe anonyme, inodore et incolore de notre système de santé ne m'aurait pas rejoint. Ne m'aurait pas fait prendre contact significativement avec Méta d'Âme. Ne m'aurait pas amené à faire une demande d'admission en résidence et à y vivre depuis la fin août 2016. Un petit programme et une journée en contact avec des résidents, d'autres pairs et ses intervenants ont fait que je ne suis pas simplement outillé pour faire face aux surdoses d'opiacés, mais aussi outillé pour me « sauver » moi. Ce que je veux dire par là, c'est qu'être résident ici m'a sauvé d'un retour à l'itinérance et m'a aussi permis de garder un certain contrôle sur mes consommations au cours des mois d'attente avant mon emménagement. Sans cette journée de formation en juillet 2015, je ne serais certainement pas en position de vous écrire aujourd'hui. Dans le mois qui a suivi la formation, j'ai appris que je perdrais le logement que j'occupais depuis treize ans au plus tard en mars 2016. La panique s'est emparée de moi, et a alors commencé une violente spirale de consommations qui s'est achevée en décembre 2015 par une psychose toxique. Faire et poursuivre cette demande de résidence chez Méta d'Âme a été mon fil conducteur de février 2016 jusqu'à mon emménagement. La promesse d'un HLM et d'une vie communautaire m'a permis de supporter l'enfer psychologique des séquelles de cette psychose. Habiter en chambre, dans une résidence partagée avec d'autres personnes, n'a d'ailleurs fait qu'exacerber ces séquelles.

Là est la vraie valeur de Profan, et autres initiatives *grassroots*⁸ du même acabit : elle remplit une fonction bien précise, ici la réduction des surdoses parmi la population la plus fragilisée et la moins susceptible de faire le 911. Ce genre de projet sert aussi à amener cette même population à prendre contact avec d'autres ressources sur le terrain. Elle permet de ratisser large, si vous me pardonnez l'expression, et de mettre les usagers en présence, voire en contact avec d'autres programmes disponibles. Dans mon cas, cette formation m'a amené à me renseigner davantage sur le programme d'HLM de Méta d'Âme, de faire fi des opinions, rumeurs et racontars quant à son sujet et de me faire ma propre opinion quant à sa pertinence dans mon cheminement. C'est ce qui m'a permis d'accepter de me séparer de mon chat de 16 ans (qui vit avec ma mère et va très bien) et de décider d'accepter le logement offert, ce que je n'ai pas encore eu cause de regretter d'ailleurs.

CHANGER LA BUREAUCRATIE

La bureaucratie sociomédicale est trop souvent incapable de s'impliquer dans les tranchées ou du moins, les résultats de telles incursions sont peu probants, quand il y en a... Il est peut-être temps

qu'elle cesse de brimer ceux et celles qui ne demandent pas mieux que mettre la main à la pâte. L'heure est à aider ces organismes, non seulement en changeant la manière de faire les choses dans l'octroi des budgets, mais aussi dans l'acceptation de projets pilotes et leur transformation en services permanents. Ce type de changements bureaucratiques aurait pour avantages de faire évoluer toute la dynamique qui sous-tend le fait que les intervenants et organismes sociocommunautaires doivent affronter plusieurs obstacles pour obtenir le financement essentiel à leurs activités.

Autrement dit, on a besoin de plus de programmes comme Profan, gérés par le milieu et non pas un quelconque avatar de notre bureaucratie si souvent grinçante. Quel qu'il soit et quelle que soit l'enveloppe budgétaire offerte, le positionnement des bureaucrates les empêche d'être au fait de ce qui se passe réellement sur le terrain.

La société, à travers ses décideurs et institutions, doit s'engager à former non seulement le personnel médical et les premiers répondants, mais aussi tout autre professionnel, dont la formation et l'accès à la naloxone permettraient de sauver des vies à travers le réseau médical et ses institutions. Mais ces gens-là sont rarement, sinon jamais vraiment en contact quotidien avec le désespoir et la pauvreté crasse du monde de la rue et des toxicomanes. Les organismes comme Méta d'Âme, Cactus, Spectre de Rue⁹, Plein Milieu¹⁰ et l'Anonyme, pour ne nommer que ceux-là, jouent ce rôle. Un rôle bien souvent ingrat puisque tous dépendent de fonds publics, ce qui les rend vulnérables au moindre changement de gestion, allocation budgétaire, etc. Il leur est déjà extrêmement difficile de remplir leur mission dans ces conditions sans qu'en plus, la bureaucratie, les groupes d'intérêts et les politiciens viennent s'accaparer le crédit de leurs réussites.

Il semble alors évident qu'un engagement à protéger l'intégrité du travail de milieu est bel et bien nécessaire, et ce, en créditant les réussites de ces organismes tant publiquement que régulièrement, puis en cultivant la coopération, le respect et l'entente, plutôt que la compétition, la rivalité et la rancune. La bureaucratie doit aussi s'assurer de la pérennité des budgets, de la diffusion et de la reproduction des projets et formules qui fonctionnent, en plus de faciliter l'implantation de projets pilotes et de les rendre, le cas échéant, permanents.

En terminant, pour 2017 et les années à venir, je souhaite moins de politiaillerie et de carriérisme. Je souhaite aussi plus de compassion et de compréhension de la part de nos interlocuteurs qui, bien qu'indispensables par leur soutien, financier ou autre, œuvrent et restent loin du terrain, à l'abri du lourd poids existentiel qui fait partie du prix à payer pour ceux qui osent s'attaquer à ce fléau.

7 Réanimation cardiorespiratoire

8 Populaires, communautaires

9 <http://spectrederue.org>

10 www.pleinmilieu.qc.ca

10 Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

11 Équipe de liaison et de soins en addictologie (à l'hôpital)

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

13 Facile à emporter chez soi

ET EN EUROPE ? TROIS EXEMPLES DE RÉGLEMENTATIONS

EN BELGIQUE

Statut légal. La naloxone a bénéficié d'une autorisation de mise sur le marché en avril 2007. Elle est reprise dans le répertoire des médicaments, et le centre antipoison y fait référence.

Conditions de prescription. Disponible uniquement sur prescription médicale et sous forme injectable (par voie intraveineuse ou intramusculaire). Elle ne peut donc être administrée que par un médecin. Elle n'est pas en accès libre pour les usagers de drogues, ni disponible dans les centres non médicalisés.

Enjeux. Afin d'améliorer l'accessibilité pour les usagers dans un objectif de réduction des risques, il y aurait lieu :

- de façon générale, de convaincre les décideurs en santé que les données de la littérature scientifique concernant les addictions sont valides en Belgique également ;
- de permettre la disponibilité sous une forme plus adéquate (vaporisateur nasal) ;
- de permettre une forme d'accès adaptée aux usagers/patients et à leur entourage.

EN FRANCE

Statut légal. La naloxone en vaporisateur nasal bénéficie d'une ATU (autorisation temporaire d'utilisation) depuis novembre 2015, accompagnée d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations, établi par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) en concertation avec le laboratoire qui met à disposition à titre gratuit les 9000 premiers kits. La naloxone injectable est en attente d'AMM (autorisation de mise sur le marché).

Conditions de prescription. La naloxone en vaporisateur nasal n'est pas soumise à une prescription médicale. Toutefois, lors de l'inclusion d'un patient dans l'ATU, une fiche d'obtention pour le traitement doit lui être remise. Cette inclusion de patient peut être réalisée par les médecins exerçant en CSAPA¹⁰, dans une ELSA¹¹, un service d'addictologie hospi-

talière, un service d'urgence, une unité sanitaire (en milieu pénitencier) ou dans des structures disposant d'une équipe mobile pour des personnes en situation de précarité.

Délivrance du médicament. Par tous les pharmaciens exerçant en CSAPA (ou un médecin désigné et autorisé par l'Agence régionale de santé) et dans les services d'addictologie à l'hôpital, les services d'urgence, les pharmacies des unités sanitaires.

Enjeux. L'obtention d'une AMM pour le vaporisateur nasal permettrait également aux CAARUD¹² de dispenser le médicament. La naloxone injectable en intra musculaire, déjà utilisée en Grande-Bretagne, devrait être disponible au premier semestre 2017. Elle a été conçue pour une utilisation par des non-professionnels de santé témoins d'une overdose (ou pour auto-administration) et dans un packaging adapté au *take-home*¹³. La demande d'AMM a été déposée en juillet 2016, elle est en cours d'examen à l'ANSM.

EN SUISSE

Statut légal. La naloxone est disponible sur prescription et uniquement sous forme injectable (0,4 mg/ml). On en trouve dans toutes les trousse d'urgence et de réanimation.

Conditions de prescription. Prescrire la naloxone est autorisé, mais toute injection doit être faite par une personne compétente et formée, ou par la personne elle-même. Par conséquent, la naloxone est surtout utilisée dans les ambulances et les hôpitaux.

Enjeux. Il y a très peu d'overdoses liées aux opioïdes en Suisse. L'enjeu serait donc surtout de favoriser l'accès à la naloxone en vaporisateur nasal pour des sous-groupes de publics (sortants de prison, ex-usagers abstinents des centres résidentiels...). La naloxone pouvant créer un syndrome de sevrage aigu, avec agressivité et risques de reconsumation, les professionnels privilégient d'autres mesures, comme la stimulation de la personne intoxiquée.



Mathieu Goyette,
Ph.D., professeur,
Programmes d'études et de
recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke



Jorge Flores-Aranda,
Ph.D., chargé du programme recherche communautaire,
Coalition internationale SIDA



Jean Dumas,
Ph.D., stagiaire postdoctoral,
Programmes d'études et
de recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke



Frédéric Pronovost,
B.A., codirecteur recherche
et développement, RÉZO
Santé et mieux-être des
hommes gais et bisexuels,
cisgenres et transgenres



Karine Bertrand,
Ph.D., professeure, Programmes
d'études et de recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke



Marianne Saint-Jacques,
Ph.D., professeure,
Programmes d'études et de
recherche en toxicomanie,
Université de Sherbrooke

RÉDUCTION DES RISQUES COMBINÉE : CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET SEXUALITÉ

La correspondance entourant cet article devrait être adressée à :
Mathieu Goyette, 150, Place Charles-Le Moyne, bureau 200, Longueuil (Québec),
J4K 0A8, (450) 463-1835, poste 61479, mathieu.goyette@usherbrooke.ca.

Au Québec, les intervenants de RÉZO, un organisme communautaire montréalais faisant la promotion de la santé des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, se sont associés à des chercheurs universitaires et communautaires afin de développer **MONBUZZ.ca**, une plateforme d'intervention brève en ligne. Cette expérience innove à la fois par l'utilisation optimisée de l'outil numérique et par la combinaison de deux formes de réduction des risques traditionnellement distinctes, celle liée aux consommations de substances et celle liée aux conduites sexuelles.

La réduction des risques tire son origine de la nécessité de mettre en place sur le plan de la santé publique des actions concertées afin de prévenir la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) auprès des personnes les plus exposées en raison de leurs conduites (Rosenzweig, 2008). Pourtant, jusqu'à tout récemment, les deux vecteurs de propagation que sont les pratiques sexuelles non sécuritaires et certaines conduites à risque liées à la consommation de substances psychoactives (SPA) ont donné lieu à des stratégies parallèles. Ainsi, les services visant à favoriser l'utilisation de différentes stratégies de prévention du VIH disponibles (préservatifs, antirétroviraux, etc.) auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Harsah) tendent à ne pas considérer l'influence de leur consommation de SPA sur leurs conduites sexuelles. De même, les services offerts aux consommateurs de SPA (accès à du matériel stérile de consommation, etc.)

ignorent bien souvent la consommation en contexte de sexualité.

Au passage du millénaire, tant les services de prévention et d'intervention en dépendance qu'en santé sexuelle ont reconnu la nécessité d'adopter des interventions et des trajectoires de services dites « intégrées » qui transcendent leurs expertises respectives afin de favoriser l'accès et répondre plus efficacement aux besoins des personnes qu'ils desservent (Rush et Nadeau, 2012; Santos et coll., 2014). En prévention du VIH, l'approche « syndémique » dépasse maintenant la santé sexuelle en s'intéressant à un ensemble de stratégies de réduction des risques, notamment à la consommation de SPA (voir Projet Mobilise, www.projetmobilise.org). Bien que légitime, force est de constater que les efforts d'intégration des services déployés en intervention en dépendance se sont concentrés sur les besoins en santé mentale plutôt qu'en santé sexuelle.

COMBINER LES EXPERTISES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES HARSAH

L'adoption d'une approche de réduction des risques combinée intégrant à la fois la consommation de SPA et la santé sexuelle est plus que nécessaire auprès des Harsah. Les Harsah, particulièrement ceux vivant avec le VIH, consomment davantage et une plus grande variété de SPA et ce, souvent dans un contexte sexuel (Goyette et Flores-Aranda, 2015). Ils tardent aussi à utiliser les services d'intervention en dépendance. Il est possible qu'ils décèlent moins les risques associés à leur consommation de SPA ou qu'ils considèrent les services existants comme n'étant pas adaptés à leurs besoins, notamment sur le plan sexuel (Keog et al., 2009).

C'est également les constats que font les intervenants de RÉZO, un organisme communautaire montréalais faisant la promotion de la santé globale des Harsah afin de prévenir le VIH (voir www.rezosante.org). Depuis les cinq dernières années, ils reçoivent davantage de demandes de consultation liées à la consommation de SPA et notent une augmentation du matériel d'injection retrouvé dans différents endroits du milieu gai montréalais (parcs, saunas, etc.). S'appuyant sur l'expertise développée quant à l'utilisation d'Internet comme moyen pour rejoindre les Harsah, les intervenants de RÉZO font équipe auprès de chercheurs universitaires et communautaires afin de développer **MONBUZZ.ca**, une plateforme d'intervention brève en ligne. Cette plateforme, qui sera déployée en 2017, vise à rejoindre les Harsah qui consomment, surtout ceux qui fréquentent peu ou pas les services en dépendance ou en santé sexuelle. L'objectif est de leur offrir une intervention adaptée afin de les sensibiliser aux risques associés à la consommation de SPA, notamment sur le plan de la sexualité, et de favoriser une orientation vers des services adéquats.

En somme, **MONBUZZ.ca** tente de faire d'une pierre deux coups en adoptant une approche de réduction des risques combinée sur le plan de la consommation de SPA et de la santé sexuelle. Cet article aborde la conception du portail en lien aux meilleures pratiques entourant l'intervention en ligne et l'intervention en dépendance ainsi qu'en santé sexuelle auprès des Harsah en mettant l'accent sur la plus-value du processus de développement reposant sur les principes de la recherche communautaire.

DÉVELOPPEMENT DE **MONBUZZ.CA**

Impliquer les utilisateurs potentiels et les intervenants comme experts

Le développement d'interventions dans les domaines de la consommation de SPA ou de la san-

té sexuelle, en plus de se faire en parallèle, tend à ne pas être orienté par le point de vue des personnes auxquelles elles sont destinées. Cette approche expose les concepteurs à des angles morts à même de limiter l'efficacité de telles pratiques. Or, la recherche communautaire est une approche qui implique les acteurs du terrain et les bénéficiaires potentiels d'un projet, à toutes les étapes du processus, et ce, au même titre qu'un chercheur académique (Otis, Bernier et Lévy, 2015). Avec comme fer de lance le principe visant une participation accrue des personnes vivant avec le VIH, la recherche communautaire s'est particulièrement développée dans le domaine de la prévention du VIH. Son applicabilité tout comme sa pertinence s'avèrent indiquées auprès des populations marginalisées qui consomment des SPA. En ce sens, tout laisse présager que l'application des principes issus de la recherche communautaire ainsi que l'ascendance de RÉZO apportent une plus-value au projet en favorisant le renforcement des capacités de la communauté visée, ainsi que l'acceptabilité, l'appropriation et la pérennisation de l'intervention développée.

Suivant une approche de recherche communautaire, l'équipe a réuni sous différents comités l'expertise d'utilisateurs potentiels, d'intervenants et de chercheurs des domaines de l'intervention en dépendance et en santé sexuelle. Par des échanges entourant leur expérience, les constats de la documentation scientifique et l'appréciation d'interventions en ligne existantes tirées de domaines connexes, ces comités ont contribué significativement à préciser les contenus, le format et la trajectoire d'utilisation de la plateforme. Il fut question de l'identité visuelle développée et choisie par des utilisateurs potentiels. Pour favoriser l'utilisation de la plateforme dans un espace public, ceux-ci ont soulevé l'importance que l'identité visuelle ne soit pas explicitement reliée à la consommation de SPA, à la sexualité ou à l'orientation sexuelle (voir Figure 1). Ces acteurs ont également contribué au développement d'un instrument d'évaluation permettant aux utilisateurs de générer un bilan de l'influence potentielle de leur consommation de SPA sur leur sexualité. Ce questionnaire se devait d'être relativement court, d'aborder plusieurs dimensions de la sexualité et de véhiculer une vision non normative de l'influence de la consommation de SPA sur la sexualité. Ce dernier élément était souhaité étant donné que l'état actuel des connaissances restreignait le nombre de recommandations pouvant être formulé, mais également la présence d'enjeux associés à l'hétéronormativité, soit le fait de transposer sans discernement le cadre de référence prédominant associé à l'hétérosexualité.

Figure 1. Identité visuelle de **MONBUZZ.ca**



Un modèle d'intervention reposant sur les meilleures pratiques, mais pensé sous un format numérique

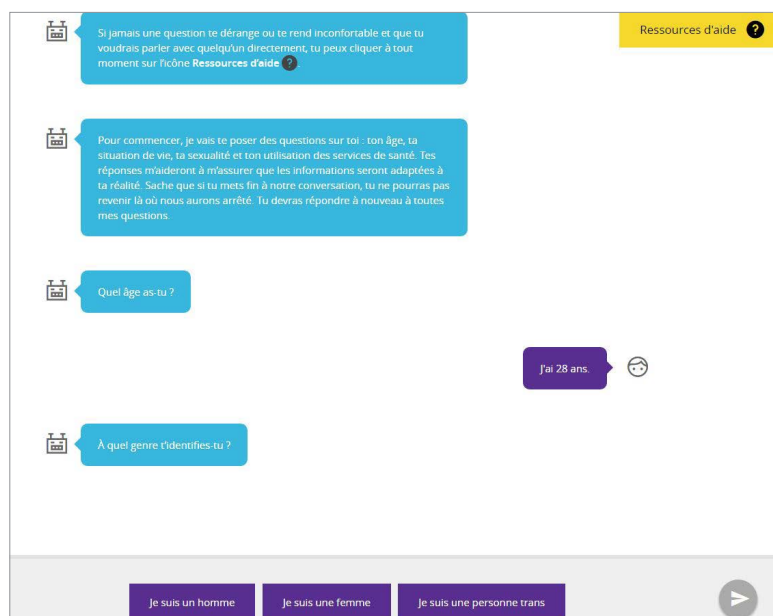
Bien que peu d'études aient porté sur l'utilisation d'interventions en ligne auprès d'Harsah sur les plans de leur consommation de SPA et de leur santé sexuelle (Reback et coll., 2012), un corpus scientifique appuie l'efficacité des interventions en ligne pour intervenir sur l'une ou l'autre de ces dimensions. Leur efficacité est également accrue lorsqu'elles sont offertes en combinaison à une intervention en présentiel, ou qu'elles comprennent à tout le moins un échange avec un intervenant, qu'elles sont délivrées à des personnes présentant une consommation à risque faible ou modéré et qu'elles offrent de l'information personnalisée (Cadigan et coll., 2014; Litvin, Abrantes et Brown, 2013). En ce sens, le modèle d'intervention préconisé dans **MONBUZZ.ca** repose sur les principes du *Screening, Brief intervention and Referral to Treatment* (SBIRT, Babor et coll., 2011), plus précisément sur son application comme modèle d'intervention individuelle brève s'arrimant à un processus de détection (Humenuik et coll., 2010). La pertinence de ce modèle, qui se décline sous diverses modalités, s'appuie sur plusieurs études d'efficacité portant sur des interventions précoces auprès de consommateurs à risque de présenter ou présentant des conséquences associées à leur consommation de SPA. La séquence d'intervention comprend une détection du niveau de risque associé à la consommation de SPA, une intervention brève incluant une rétroaction individualisée et une orientation, au besoin, vers les services adaptés.

Le modèle d'intervention individuel SBIRT a été transposé à **MONBUZZ.ca** en y intégrant l'influence de la consommation de SPA sur la sexualité. Les utilisateurs arrivent sur le portail où des informations générales nécessaires au consentement sont présentées pour ensuite être invités à remplir un questionnaire entourant certaines de leurs caractéristiques personnelles. Puis, ils remplissent des questionnaires de détection portant sur leur consommation de SPA et les conséquences associées (Humenuik et coll., 2010), leur motivation

à modifier leur consommation (Heather, Gold et Rollnick, 1991) et l'influence de leur consommation de SPA sur leur sexualité. Ce questionnaire a été développé étant donné qu'aucun instrument portant sur cette relation, que ce soit auprès des Harsah ou d'autres populations, n'avait été validé. Suivant ces étapes, les utilisateurs ont accès à une rétroaction individualisée automatisée en fonction des éléments précédemment mentionnés reposant sur les meilleures pratiques sur les plans de la consommation de SPA et de la santé sexuelle (Anderson, 2009; Braun-Harvey, 2011; Goyette et Flores-Aranda, 2015). Dans la mesure où ils présentent un niveau de risque modéré ou élevé sur le plan de leur consommation de SPA (hormis pour le tabac), ou qu'ils rapportent certaines pratiques ou préoccupations entourant l'influence de leur consommation sur leur sexualité, une intervention brève par clavardage (« Chat ») leur est proposée en direct ou en différé. En parallèle, des ressources adaptées à leurs besoins leur sont proposées.

Conformément au modèle d'intervention privilégié, l'accent est mis sur le choix des utilisateurs quant à la nature et aux stratégies de changement ainsi qu'à la décision de poursuivre ou non leur exploration du portail. Hormis le développement d'un bilan et de la rétroaction entourant l'influence de la consommation sur la sexualité spécifique aux Harsah, plusieurs adaptations ont été apportées aux questionnaires existants afin qu'ils puissent être transposés en format web accessibles sur un téléphone intelligent (« *Smart Phone* ») tout en s'avérant valides et adaptés à la clientèle visée. Il est par exemple question d'un réaménagement du format (longueur des questions), du contenu (ajouts de substances consommées par les Harsah comme les nitrites [« *poppers* »] et la méthamphétamine) et de l'adoption d'un ton moins médicalisé. L'un des éléments les plus novateurs est sans doute la mécanique d'échange entre l'utilisateur et les questionnaires sous un format conversationnel, similaire à des textos (« *SMS* »), qui donnera l'impression à l'utilisateur d'être dans un échange synchrone avec un intervenant (voir Figure 2).

Figure 2. Maquette illustrant un échange conversationnel entre un utilisateur et les questionnaires automatisés



LES DÉFIS ASSOCIÉS À LA RÉDUCTION DES RISQUES COMBINÉE PAR LE RECOURS À L'INTER- VENTION EN LIGNE

Au-delà du portail présenté, certains enjeux associés au développement d'une intervention de réduction des risques combinée, avec une approche de recherche communautaire, méritent une réflexion plus étendue. En premier lieu, la conception d'une intervention en ligne combinant plus d'un domaine s'avère complexe à réaliser étant donné la nécessité de réunir un ensemble d'acteurs ayant à la fois différents rôles (utilisateurs potentiels, intervenants et chercheurs) et domaines d'expertise (connaissance de la population cible, intervention, communication, recherche, informatique, éthique). En parallèle, la nécessité d'aborder simultanément la consommation de SPA et la santé sexuelle ainsi que leurs aspects positifs et négatifs augmente la durée de l'intervention. Or, l'intervention en ligne se doit d'être la plus brève possible afin d'atténuer les risques d'abandons. Il va sans dire que l'attention des utilisateurs est à même d'être happée par

la réalité mondaine dans laquelle ils se retrouvent lorsqu'ils naviguent sur un portail d'intervention.

En second lieu, en s'inscrivant comme une courroie de transmission visant à favoriser l'accès aux services spécialisés en intervention en dépendance et en santé sexuelle, le portail permettra certainement aux utilisateurs de mieux cerner leurs besoins sur le plan de leur consommation et de son influence sur leur sexualité. Force est de constater qu'en orientant les utilisateurs vers des services existants, nous n'améliorerons ni l'offre de services ni les capacités des intervenants des organisations existantes à aborder de façon sensible et intégrée ces deux dimensions. Afin de pallier cette lacune, InterseXion (www.intersexion.ca), une communauté de pratique virtuelle réunissant les intervenants des milieux de la dépendance et de la santé sexuelle œuvrant auprès d'Harsah, a été récemment mise sur pied (Dumas, Bertrand, Flores-Aranda et Goyette, 2016). InterseXion vise à favoriser la collaboration ainsi que le partage et le développement des connaissances respectives entre les intervenants de ces deux domaines d'intervention. Cette initiative, combinée aux résultats issus de l'implantation de **MONBUZZ.ca** et à d'autres projets parallèles, permettra potentiellement de mieux documenter les besoins des services existants afin de renforcer leurs capacités.

Bibliographie

- Anderson, S. C. (2009). *Substance use disorders in lesbian, gay, bisexual and transgender clients: Assessment and treatment*. New York, NY : Columbia University Press.
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., et Bray, J. (2011). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *FOCUS*, 9(1), 130-148.
- Cadigan, J. M., Haeny, A. M., Martens, M. P., Weaver, C. C., Takamatsu, S. K., et Arterberry, B. J. (2015). Personalized drinking feedback: A meta-analysis of in-person versus computer-delivered interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 430-437.
- Braun-Harvey, D. (2011). *Sexual health in recovery: A professional counselor's manual*. New York, NY : Springer.
- Dumas, J., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., et Goyette, M. (2016, mai). *InterseXion, une communauté de pratique virtuelle sur la santé sexuelle et la consommation à risque de substances psychoactives des HARSAH: résultats préliminaire de l'étude de besoins*. Communication présentée au 84^e colloque de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS), Montréal, Québec.
- Goyette, M., et Flores-Aranda, J. (2015). Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes : une vision globale de la sexualité. *Drogues, santé et société*, 14(1), 171-195.
- Heather, N., Gold, R., et Rollnick, S. (1991). *Readiness to change questionnaire: User's manual*. Kensington, Australie : University of New South Wales.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., Monteiro, M. G., et World Health Organization. (2010). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: A manual for use in primary care*. Genève, Suisse : World Health Organization.
- Keogh, P., Reid, D., Bourne, A., Weatherburn, P., Hickson, F., Jessup, K., et Hammond, G. (2009). *Wasted opportunities. Problematic alcohol and drug use among gay and bisexual men*. Londres, Angleterre : Sigma Research.
- Litvin, E. B., Abrantes, A. M., et Brown, R. A. (2013). Computer and mobile technology-based interventions for substance use disorders: an organizing framework. *Addictive Behaviors*, 38(3), pp. 1747-1756.
- Otis, J., Bernier, M., et Lévy, J. J. (2015). *La recherche communautaire VIH/Sida*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Reback, C. J., Grant, D. L., Fletcher, J. B., Branson, C. M., Shoptaw, S., Bowers, J. R., ... et Mansergh, G. (2012). Text messaging reduces HIV risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(7), 1993-2002.
- Rosenzweig, M. (2008). *Drogues et civilisations, une alliance ancestrale : de la guerre à la pacification*. Bruxelles, Belgique : De Boek.
- Rush, B., et Nadeau, L. (2012). L'intégration des services et des systèmes en santé mentale et en dépendances. Dans L. Nadeau et M. Landry (dir.), *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques* (p. 5-44). Québec, Qc : Collection Toxicomanies, Presses de l'Université Laval.
- Santos, G. M., Do, T., Beck, J., Makofane, K., Arreola, S., Pyun, T., . . . Ayala, G. (2014). Syndemic conditions associated with increased HIV risk in a global sample of men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 90(3), 250-253.

Remerciements

Cet article, qui s'inscrit dans le cadre du projet MONBUZZ.ca, a été rendu possible grâce à la participation d'utilisateurs potentiels et d'intervenants œuvrant auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes issus des milieux de la prévention et de l'intervention en dépendance et en santé sexuelle ainsi que grâce au soutien financier de MAC AIDS FUND (N-P-15-20716).



Guido De Angeli,
sociologue,
responsable *danno.ch*,
association *Radix*
Suisse italienne

RÉDUCTION DES RISQUES EN SUISSE : LE TRAVAIL AVEC LES PAIRS ET L'ANALYSE DE PRODUITS EN MILIEU FESTIF

La consommation récréative de substances psychoactives dans la vie nocturne est une réalité qui concerne des milliers de personnes dans toute l'Europe. Les consommateurs récréatifs sont un groupe hétérogène du point de vue de l'âge, du sexe, du statut social qui, malgré les comportements à risque en matière de consommation, ne présentent pas de vulnérabilités évidentes au niveau psychique, médical ou social. La consommation récréative ne peut être uniquement appréhendée comme un symptôme de malaise : elle est d'abord une stratégie pour atteindre des objectifs de désinhibition, performance, transe, propres à la culture *nightlife*¹. Quand la consommation vise le plaisir et satisfait le désir, la perception des risques est limitée. Les spécificités du contexte exigent des interventions adaptées aux styles de vie d'un groupe qu'il est difficile d'atteindre à travers les offres de prévention ou de consultation traditionnelles.

En dépit des excès liés à la consommation, du bruit aux alentours des clubs et des questions sécuritaires, vie nocturne est une forme d'expression culturelle et un facteur de développement incontournable pour les centres urbains. Sortir pour « faire la fête » est une activité fréquente du temps libre parmi les jeunes. La nuit est considérée comme un moment favorable à la recherche du plaisir, notamment à travers la consommation. Selon les études conduites en milieu festif, les prévalences de consommation de substances illicites y sont significativement plus élevées qu'en population générale². Une part importante des personnes fréquentant les parties sont des consommateurs à risque, voire problématiques, qui ne disposent pas toujours d'informations ou d'outils pour évaluer les potentiels dommages. Avec la diversification des produits, la polyconsommation et la diffusion à travers le web de nouvelles substances psychoactives (NSP)³, la consommation récréative est devenue un thème médiatique et une question de santé publique qui interroge la société et la politique.

MUSIQUE, DANSE ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

À partir des années 1990, la culture de la musique techno et les *raves* deviennent un phénomène de masse et une affinité élective entre la transe propre aux rythmes de la musique électronique et la consommation de substances s'établit. L'ecstasy devient le symbole d'une nouvelle génération et la scène techno est progressivement stigmatisée à cause de la consommation massive de substances psychoactives ainsi que des problèmes associés à ce comportement à risque.

À partir de la moitié des années 1990, dans une perspective de pair à pair, les consommateurs qui fréquentent les scènes techno s'organisent entre eux afin de promouvoir une vie nocturne de qualité et durable ainsi que réduire les risques liés à la consommation. Reconnaisant la consommation comme un aspect de la culture de la vie nocturne, en 1994 à Berlin, un groupe de consommateurs fonde l'association *Eve & Rave*⁴. Après Berlin, Kassel, Münster, Köln, en 1996 à Soleure les précurseurs de la réduction des risques en milieu festif fondent la section suisse d'*Eve & Rave*.

1 Le terme anglo-saxon *nightlife* regroupe les possibilités de divertissements disponibles durant une « soirée », qui peut durer jusqu'à la matinée. Il comprend notamment les boîtes de nuit et les bars où l'on fait la fête. Dans le cadre des interventions dans le domaine des addictions en Suisse, le terme *nightlife* est employé depuis une quinzaine d'années pour décrire les activités de prévention et réduction des risques qui se déroulent sur les scènes de la musique électronique comme les clubs ou les *rave parties*.

2 Les prévalences de la consommation de substances psychoactives à 12 mois - alcool (95%), cannabis (79%), ecstasy/MDMA (65%), amphétamine (50%), cocaïne (49%) et LSD (32%) - ne sont pas représentatives par rapport à la diffusion de la consommation, mais permettent de rendre compte des pratiques des consommateurs approchés dans le cadre du *drug checking* et des entretiens en milieu festif. Source : Menzi P. et Bücheli A. (2015), *Rapport d'activité Safer Nightlife Suisse 2013-2015*, Infodrog.

3 Les NSP ont des effets similaires aux drogues illicites connues, mais le fait qu'elles aient une structure chimique différente peut leur permettre d'échapper à l'interdiction. On trouve ainsi des NSP dans toutes les grandes familles de substances psychoactives.

4 Le terme « Eve » renvoie aux pilules d'ecstasy et celui de « Rave » à la musique électronique.

5 Usage plus sûr des substances

6 Avec Safer Dance Swiss, Safer Nightlife Suisse/Infodrog organise une formation en français et en allemand. Le programme de chaque formation est spécialement conçu pour les projets du milieu festif, leurs structures, leurs partenaires et les pairs.

7 *Pilote* - aujourd'hui *Rave it safe* - est un projet de Réseau Contact.

8 Saferparty.ch, Streetwork Zurich, Département des affaires sociales de la Ville de Zurich.

9 Drogeninformationszentrum (DIZ), Streetwork Zurich, Département des affaires sociales de la Ville de Zurich.

10 Raveitsafe.ch, Sprechstunde Plus (DIB+), Réseau Contact.

11 Les résultats du *drug checking* sont disponibles en français, allemand et italien sur les sites des services de réduction des risques : www.nuit-blanche.ch, www.pointdechute.com, www.saferparty.ch, www.raveitsafe.ch, www.danno.ch, www.addiction-jura.ch

RECOMMANDATIONS D'USAGE ET SUPPORT ENTRE PAIRS

En milieu festif, la réduction des risques vise à la diffusion de recommandations de *safer use*⁵ qui représentent la principale forme de consultation. Ces recommandations sont un ensemble de règles pour un usage de substances psychoactives à moindre risque qui favorisent le développement de la responsabilité individuelle et des compétences en matière de consommation. Tout en acceptant que l'usage récréatif de substances psychoactives fasse partie de la vie des consommateurs, ces informations contribuent à rappeler les risques, à évaluer les conséquences et à adopter une attitude prudente.

Dans les lieux où l'on danse et consomme, l'approche du support entre pairs, la diffusion de recommandations de *safer use* et l'analyse chimique de substances représentent les bases sur lesquelles ont été développées les interventions *nightlife* en Suisse. Puisque les personnes, les plus jeunes en particulier, orientent leurs conduites en fonction de la sous-culture à laquelle ils appartiennent, le partage d'expériences et de connaissances sur les substances psychoactives entre pairs contribue de manière efficace à la diffusion de recommandations favorables à la santé. L'âge, la musique et des visions du monde apparentées réduisent la distance qui parfois caractérise la relation entre les spécialistes et les consommateurs et contribuent à intégrer la réduction des risques dans la culture de vie nocturne.

Les pairs sont préalablement formés par des professionnels sur la composition des substances en circulation, les outils d'entretien motivationnel et les interventions en cas de crise psychique. Ils interviennent sur le terrain en appui aux professionnels et ils disposent de compétences utiles au dialogue, à la gestion des problèmes liés à la consommation et à l'orientation des consommateurs problématiques. Au-delà des expériences personnelles, la formation des pairs permet de mettre à disposition des savoirs et des savoir-faire pour aborder la consommation, évaluer les risques, susciter une réflexion, transmettre des recommandations individualisées ou motiver les consommateurs à modifier leurs pratiques tout en préservant leur droit à l'auto-détermination. Depuis 2014, la formation des pairs n'est pas uniquement assurées par les services locaux, mais également au niveau national⁶. La formation continue des pairs et des professionnels actifs sur les scènes *nightlife* permet non seulement de transmettre des informations ou de se familiariser avec des instruments d'intervention précoce, mais également de développer un langage, des attitudes et des va-

leurs partagées contribuant ainsi au développement d'une culture commune de la consommation récréative et de la réduction des risques.

LE TÉMOIGNAGE D'ALICE

Alice est une jeune pair de 24 ans qui fréquente les scènes *nightlife* et travaille comme éducatrice. Elle est active comme *peer* depuis 2014.

« Le rôle de pair en milieu festif comporte à la fois des responsabilités et des honneurs, dont la possibilité d'instaurer des relations privilégiées avec d'autres jeunes. Les affinités entre nous, les pairs, et le public cible, est l'atout propre à cette approche.

Les différentes séances de formation m'ont appris à intervenir dans des contextes variés et m'ont également permis d'acquérir une certaine confiance en moi. Lors des premiers temps de formation, je pensais qu'il s'agissait uniquement d'un exposé généraliste sur les substances mais, à fur et à mesure, j'ai réalisé que les informations apprises étaient extrêmement ciblées et mon bagage de connaissances s'enrichissait constamment avec les expériences de terrain. Nous n'avons pas seulement approfondi le thème des substances en circulation, mais nous avons aussi appris à gérer des relations, ainsi qu'à assurer des consultations brèves sur les pratiques de consommation et les mesures de réduction des risques.

Au niveau personnel, la formation m'a permis d'étendre ma vision de la consommation et de la scène de la vie nocturne, tout comme de disposer des bases pour intervenir dans de nombreuses situations. Les connaissances et les compétences acquises ont été utiles, soit dans mon parcours professionnel, soit pour ma vie quotidienne. « Être pair » signifie développer une attitude qui me permet aujourd'hui d'appréhender les nombreuses nuances propres à la consommation. »

NIGHTLIFE ET RÉDUCTION DES RISQUES

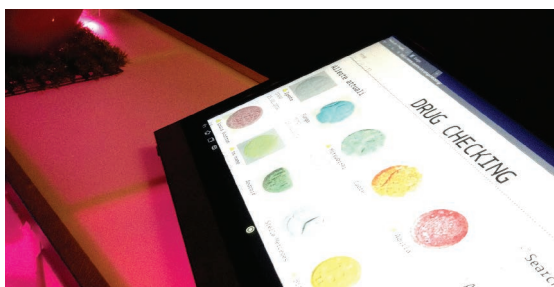
Avec la diffusion de la culture *nightlife* et face aux préoccupations liées à la consommation, depuis 1997 à Berne⁷ et depuis 2001 à Zurich⁸, les services pour les dépendances lancent les premières offres institutionnelles de *drug checking* mobile dans les clubs et les *raves parties*. En 2006 à Zurich⁹ et en 2014 à Berne¹⁰ débutent les activités des centres d'analyse des substances, ouverts une fois par semaine aux consommateurs qui souhaitent connaître la composition des substances qu'ils s'approprient à consommer.

Le *drug checking* comprend l'analyse des produits issus du marché noir et une consultation brève qui permettent de donner des informations sur la réduction des risques à un groupe cible difficile à identifier. L'accès est à bas-seuil, l'offre est gratuite et anonyme. Des laboratoires spécialisés sont responsables des analyses et des alertes sur les produits de coupe, des composants inattendus ou des substances fortement dosées. Les résultats des analyses des produits sont publiés sur les sites Internet des milieux festifs¹¹ et transmises par mail à différents milieux (police, secours, hôpitaux, instituts toxicologiques). Les connaissances issues

de *drug checking* représentent également une ressource importante pour l'élaboration de messages de prévention crédibles.

Parallèlement, différentes institutions actives dans la prévention lancent des initiatives afin d'introduire des mesures de réduction des risques destinées aux consommateurs récréatifs de substances psychoactives. À partir des années 2000, naissent des projets d'information sur les risques propres à l'usage de substances illégales¹², d'autres axés sur la consommation excessive d'alcool et la circulation routière¹³, ainsi que des labels pour les bars, les clubs et les organisateurs de manifestation qui assurent des standards de qualité et favorisent l'introduction de mesures de sécurité et de prévention¹⁴.

La culture de la vie nocturne est abordée de manière globale en intégrant, à côté de l'usage de substances psychoactives, les questions qui concernent la santé sexuelle, la violence, le bruit et l'espace public. Le panorama suisse des prestations de prévention et de réduction des risques au niveau comportemental et structurel se diversifie et s'enrichit. Sur le plan national, les institutions actives en milieu festif développent des collaborations pour assurer des interventions lors des grands festivals de musique électronique¹⁵, produire du matériel d'information¹⁶, diffuser les résultats du *drug checking*, développer des modules de formation destinés aux pairs et aux professionnels et développer des outils de monitoring des pratiques de consommation et d'intervention précoce. Aujourd'hui, les activités de prévention et réduction des risques en milieu festif sont soutenues à niveau national par le pôle de compétences *Safer Nightlife Suisse*¹⁷ qui favorise la mise en réseau entre les acteurs de la santé publique, de la recherche et de la pratique.



MONITORAGE DES PRATIQUES DE CONSOMMATION, ÉVALUATION DES RISQUES ET INTERVENTION PRÉCOCE

Outre les activités d'information, les projets de réduction des risques en milieu festif réalisent des consultations brèves sur les habitudes de consommation. À l'aide d'un questionnaire standardisé au niveau national¹⁸, les intervenants récoltent des informations sur les pratiques de consommation. Ce questionnaire n'est pas uniquement un outil de monitoring, c'est aussi un guide d'entretien qui permet d'évaluer les risques de manière sommaire, transmettre des recommandations individualisées de *safer use* ou orienter les consommateurs problématiques vers les offres de réduction des risques et les services de consultation.

Les substances les plus fréquemment consommées par les consommateurs interviewés sont l'alcool, le tabac, le cannabis, l'ecstasy, les amphétamines et la cocaïne. D'autres substances comme les hallucinogènes (LSD, *psylos*), les nouvelles substances psychoactives (NSP), la méthamphétamine ou les médicaments psychoactifs, sont par contre consommés par une minorité de consommateurs interrogés. À l'exception du cannabis et de la cocaïne, la plupart des substances illicites sont consommées une ou deux fois par mois, ce qui démontre que les consommateurs récréatifs consomment de manière occasionnelle.

Bien que la polyconsommation soit une pratique particulièrement dangereuse, la plupart des personnes interrogées consomment simultanément au moins deux substances psychoactives. Si la plupart des consommateurs récréatifs ont déjà eu des problèmes à court terme suite à la consommation de substances psychoactives (*bad trip*, sentiments dépressifs, conduite en état d'ébriété, rapports sexuels non protégés, crise d'angoisse ou de panique), deux tiers des personnes interrogées ont également développé des problèmes à long terme (problèmes de motivation, en famille, de sommeil, à l'école ou au travail, d'argent ou dettes)¹⁹.

Les données récoltées dans le contexte *nightlife* contribuent ainsi au monitoring des comportements de consommation, à améliorer l'efficacité des interventions et à repérer les comportements problématiques afin d'intervenir de manière précoce. Le questionnaire permet simultanément d'atteindre les consommateurs récréatifs lors des soirées festives, d'encourager une première réflexion sur leurs comportements, de renforcer les compétences en matière de consommation et de motiver les consommateurs problématiques au changement.

CONCLUSION

« Faire la fête » est une activité importante du temps libre qui fait partie du style de vie des jeunes. En raison des comportements à risque associés à la vie nocturne, les consommateurs récréatifs sont un groupe cible des services de prévention et de réduction des risques.

Compte tenu de la taille du groupe cible, les ressources des institutions demeurent limitées et la légitimité des interventions *nightlife* doit toujours être réaffirmée. Le développement de savoir-faire, l'ajustement des outils de repérage et consultation brève, la diffusion du *drug checking* dans d'autres régions de Suisse, la formation des pairs et des professionnels à niveau local et national ainsi que la mise en réseau des interventions *nightlife* avec des offres thérapeutiques adaptées aux besoins des consommateurs récréatifs, représentent encore aujourd'hui un défi tout comme d'enthousiasmantes perspectives pour renforcer les activités de prévention et réduction des risques en milieu festif.

¹² Nuit blanche à Genève, Point de chute à Neuchâtel, Nightlife Vaud à Lausanne, Danno.ch à Lugano, Addiction Jura à Delémont

¹³ www.bemyangel.ch;
www.bluecocktailbar.ch/index.php?id=3

¹⁴ www.saferclubbing.ch, www.festiplus.ch, www.labelfiesta.ch

¹⁵ www.saferdanceswiss.ch

¹⁶ www.know-drugs.ch

¹⁷ www.infodrog.ch/milieu-festif-activites.html

¹⁸ <https://survey.safezone.ch/index.php?sid=35754&lang=de>

¹⁹ Menzi P. et Bücheli A. (2015), *Rapport d'activité Safer Nightlife Suisse 2013-2015*, Infodrog.



Cédric Fazan,
*directeur de la Fondation Le Tremplin,
Fribourg, Suisse*

AU TREMPLIN : RÉDUIRE LES RISQUES EN BRASSANT LA TRAMPOLINE

En Suisse, la Fondation Le Tremplin a récemment fait la une des médias en mettant en place un projet de brasserie par et pour les usagers au Seuil, un centre d'accueil à bas seuil d'accessibilité. Cédric Fazan, directeur de la Fondation, présente la genèse du projet et les questions qu'il soulève, tant par sa philosophie que dans sa mise en œuvre.

Sommes-nous capables de proposer des prestations innovantes et adaptées aux réalités de consommation de psychotropes, en favorisant à la fois la réduction des risques dus à ladite consommation et la conscience citoyenne des personnes en grande précarité sociale ? Cette question nous anime depuis longtemps et nous avons tenté d'apporter une piste d'intervention nouvelle et bousculante.

En effet, depuis un peu plus d'un an, les personnes en précarité sociale et en situation d'addiction de notre canton peuvent acheter de la bière au sein du Seuil, notre centre d'accueil à bas seuil d'accessibilité. Mieux - ou pire selon les opinions - cette bière est fabriquée exclusivement pour eux et ils vont la brasser eux-mêmes d'ici quelques semaines chez un artisan-brasseur professionnel de la place.

La diffusion dans la presse de ce projet de réduction des risques et de promotion de la citoyenneté n'a laissé personne indifférent. Les réactions anti et pro ont été aussi violentes pour le premier camp qu'enthousiastes et encourageantes pour le second. Mais pourquoi diable le Tremplin¹, une institution de réinsertion sociale et professionnelle pour personnes en situation d'addiction, se met-il à produire le toxique ? Pire : comment ose-t-il encourager les usagers polyconsommateurs à brasser leur propre bière ?

Pour tenter de répondre à cette question fort légitime et saisir les enjeux se cachant derrière ce que d'aucun ont nommé la « ligne rouge », il nous faut faire un bref retour à la genèse du projet².

RENVERSER LES PRATIQUES

Nous sommes en novembre 2013. Notre Fondation est composée de six secteurs dédiés à l'insertion sociale et professionnelle. L'un d'entre eux, le centre à bas seuil d'accessibilité « Au Seuil », a pour mission le maintien du lien social et la réduction des risques en matière de consommation de stupéfiants légaux et illégaux³. La pratique, depuis plus de trente ans, est de bannir la consommation d'alcool à l'intérieur du centre d'accueil, mais d'autoriser celle de tabac. Pourtant, le centre est assimilé aux établissements publics et soumis, depuis plusieurs années, à la loi cantonale qui les régit. Si l'exclusion de la fumée ne fait plus débat dans le grand public en Suisse, le centre d'accueil est un cas particulier, une sorte de zone privilégiée, voire une zone de non-droit. Cet état de fait est probablement dû d'une part à une volonté exprimée d'accueillir des personnes polyconsommatrices, perçues comme les plus précarisées, lesquelles fument en très grande majori-

té. Mais d'autre part, il s'agit de garantir le calme dans le centre en évitant les bagarres, dont le principal déclencheur identifié est l'alcool. Et en effet, cela fonctionne conformément aux prévisions : les usagers qui amènent de l'alcool à l'intérieur sont momentanément exclus (sans avoir causé quelque problème que ce soit), les bagarres se déroulent en conséquence dehors plusieurs fois par semaine et les fumeurs sur alu (*dragon chasser*) mobilisent les rares WC... ce qui déclenche des échauffourées à l'intérieur avec les usagers qui ont consommé des litres de bières dehors. Un délice et un casse-tête.

Face à cette situation inextricable entre des valeurs de non-exclusion et la réalité dure des situations des personnes accueillies, la nouvelle direction a opté pour un renversement de pratique.

Certes, les personnes accueillies sont poly-consommatrices, en situation de grande précarité, et ont développé des mécanismes de défense parfois rugueux, mais leur consommation ne leur fait pas perdre leurs droits humains et citoyens. De quel droit les professionnels que nous sommes avons décidé à leur place ce qu'ils étaient capables de faire ou non ? Ils avaient des droits, mais ne les revendiquaient que maladroitement. Ils avaient des devoirs que nous avons décidé de ne pas leur demander d'exercer. Ils étaient des « citoyens de seconde zone » et nous renforçons cette image détériorée par nos pratiques professionnelles. Nous étions, et sommes toujours, déterminés à leur permettre de changer leur perception d'eux-mêmes et leurs rapports à autrui, et à renverser les idées reçues. Nous lancerons un projet en quatre étapes : externalisation de la fumée, autorisation de l'alcool au Seuil, production d'une bière standardisée exclusivement pour eux et brassage par les consommateurs eux-mêmes.

FAIRE SORTIR LA FUMÉE

Première étape : dès le 1^{er} janvier 2014, la fumée serait donc renvoyée dehors, comme dans n'importe quel lieu public.

Objectif annoncé : les usagers peuvent assumer leur citoyenneté, ce qu'ils revendiquent à juste titre, en assumant leurs droits et devoirs. Nous sommes là pour les accompagner dans leurs situations difficiles. Nous mettons aussi sur pied des permanences sociales au sein du centre plusieurs fois par semaine, afin de répondre à leurs questions, leurs problématiques sociales et administratives en complément de l'action sociale apportée jusque-là⁴. Annoncée en décembre 2013, en table ronde, devant une trentaine d'usagers, la décision est différemment appréciée. D'un côté, une majorité reconnaît l'intérêt de la démarche, mieux : la salue et nous remercie. Et de l'autre, certains usagers se sentent exclus. La nouvelle direction présente depuis un mois les mépriseraient-elle ? Ils ne viendraient plus, c'était décidé. Depuis, le nombre de repas est passé de 70 par jour à plus de 100. Le matériel

de consommation échangé est stable et l'offre d'autres types de matériels a vu le jour. L'ambiance est plus saine, apaisée.

Par contre, très vite, tous nous avons constaté l'effet imprévu de notre décision : les usagers, s'ils appréciaient le nouvel intérieur, tendaient à rester devant le centre... à boire davantage d'alcool. Nous vivions l'effet ballon : en évacuant la fumée, nous avons restreint l'accès au centre. De plus, les quantités ingérées s'avéraient énormes à nos yeux. De quelques canettes de 50 cl de bière en promotion à 50 centimes suisses l'unité, à plusieurs litres par jours (15 litres pour un « grand buveur », entre 7h et 15h !). Leur état somatique, psychique et social nous inquiétait. Par ailleurs, les bières consommées, outre leur prix dangereusement bas (1 Franc suisse le litre), sont fortement dosées en alcool⁵. Le fait que la très grande majorité des usagers du Seuil soient sous traitement médicamenteux et/ou de substitution et qu'ils « sur-consomment » des stupéfiants achetés au marché noir achevait de nous alarmer et de nous encourager à l'innovation.

TOLÉRER LA CONSOMMATION D'ALCOOL À L'INTÉRIEUR

Deuxième étape : dès mars 2015, nous tolérerions la consommation d'alcool au sein du Seuil.

Objectif annoncé : resserrer le lien éducatif et offrir un lieu sûr, éviter les bagarres à l'extérieur, diminuer le stress, responsabiliser les usagers et améliorer leur image vis-à-vis de la population et du voisinage.

Cette fois aussi, nous l'avons annoncé lors d'une table ronde au Seuil. Les réactions ont été vives de la part des bénéficiaires : ils ne seraient pas capables de « se tenir », l'Armageddon était annoncée. Une minorité nous remerciait de la confiance que nous leur accordions et se sentait prête à ce renversement de pratique. Avec le recul, nous n'avons constaté qu'une seule chose : la tolérance de la consommation d'alcool au Seuil a été un « non-événement ». Rien. Même pas une petite rixe, rien.

Nous avons préparé l'équipe éducative à ce changement de paradigme et la réalité du terrain nous donnait raison : les usagers étaient tout-à-fait

1 www.tremplin.ch

2 Chaque étape est évaluée par une équipe de la Chaire de Travail social de l'Université de Fribourg. Le projet se déroule sur 3 ans.

3 La Loi fédérale sur les Stupéfiants autorise l'utilisation, entre autre, de locaux de consommation sécurisés. Leur mise en œuvre est, elle, soumise à l'approbation cantonale. Ainsi, Fribourg est l'un des cantons qui n'a pas recours à cet outil. Notre pratique a mis l'accent sur la réduction des risques sociaux.

4 Le Seuil dispense les prestations de base en matière de réduction des risques : un accueil inconditionnel et anonyme, des possibilités de douches et lessives, des repas bon marché, de l'orientation bio-psycho-sociale, des activités sportives et culturelles, etc. www.tremplin.ch/seuil

5 Une des bières vendue en grande surface à 0,75 Franc suisse (soit 0,70 euros ou 0,98 dollar canadien) les 50 cl contient 13,6% d'alcool...

capables de consommer leurs boissons alcoolisées à l'intérieur. Ils ne vidaient plus leur canette d'un trait pour rentrer au Seuil ; au contraire, en pouvant la consommer au sein de la structure, ils buvaient moins vite. Les bagarres ont rapidement diminué en intensité et se sont espacées. Mieux, certains usagers ont commencé à jouer le rôle de « modérateurs », à l'extérieur comme à l'intérieur. Le lien éducatif s'est apaisé, resserré, et nous avons gagné du temps pour accompagner les usagers dans d'autres moments que ceux liés à la consommation et à la violence.



CRÉER LA TRAMPOLINE

Troisième étape : août 2015, nous tirerions et vendrions notre premier bock de bière « maison ».

Objectif annoncé : standardiser le produit tant consommé, garantir un faible taux d'alcool tout en offrant une bière artisanale de caractère et forte en goût, travailler avec le sentiment d'appartenance des usagers face au Tremplin et « réinvestir » la notion de plaisir.

Après avoir emmené nos collègues d'une attitude de surveillance et de contrôle de l'introduction d'alcool au Seuil à celle de la tolérance de l'alcool à l'intérieur, nous leur demandions d'en fabriquer et d'en vendre ! Un artisan brasseur relève le défi de ciseler une bière exclusive pour le Seuil, selon nos critères. Une première tentative est soumise aux usagers. Elle leur plaît, mais elle est trop liquide et ils ne la « sentent » pas. Nous gardons le goût et décidons de plafonner le taux d'alcool à 4,5%. Elle est vendue à prix coûtant, soit 1 Franc suisse le bock de 25 cl, soit quatre fois plus cher qu'une

bière de grande surface. Nous avons mis un soin particulier à l'emballage : un nom qui s'impose, « la Trampoline », un verre ballon imprimé, un sous-bock, des présentoirs avec les activités, les nouveautés et les prix.

Le mode de consommation des usagers a changé. Nous visions un renforcement de leur citoyenneté, une plus grande normalité dans leur rapport au lieu et un respect accru envers eux-mêmes et leur environnement : les premiers constats sont positifs. Nous n'avions jamais imaginé « guérir » une personne polyconsommatrice avec la Trampoline ; cependant, certains témoignent de changements. Les premiers retours des usagers font état d'une amélioration de leur perception d'eux-mêmes, d'une gestion (contrôlée ?) de leur consommation par l'alternance de Trampoline et de bières plus fortes, d'un levier de discussion avec eux quant à leur consommation par le biais du concept de « plaisir », et enfin d'une modification positive de notre regard sur eux.

Quatrième étape : fin 2016, les usagers du Seuil peuvent brasser leur propre bière.

Objectif annoncé : ouvrir des places de mini-jobs exigeants en termes de savoir-faire et d'hygiène, modifier le rapport des usagers au produit et les faire participer dans une nouvelle posture à la vie du Seuil.

OSER BOUSCULER ET ÊTRE BOUSCULÉ

Au vu des nombreuses visites et sollicitations qu'il suscite, ce projet innovant intéresse les collègues en Suisse et au-delà de nos frontières. S'il a déclenché des réactions, parfois violentes et angoissées, il a eu le mérite d'interroger nos valeurs sur des questions cruciales de citoyenneté et d'éthique, d'exclusion-inclusion, de droits humains, de pénalisation de la consommation et de régulation des marchés (légaux et illégaux), de réduction des risques et d'éducation sociale.

Au vu de l'augmentation des personnes fréquentant nos structures, nous faisons le constat que nos réponses, si elles font leurs preuves avec le plus grand nombre, laissent une partie des personnes en précarité se vitrifier dans leur situation. Nous pouvons soit nous accrocher à nos convictions et nous contenter de l'existant, soit tenter de reprendre les « problématiques à zéro ». Nous nous devons d'être inventifs et d'oser bousculer ce qui paraît évident, au risque d'être nous-mêmes bousculés. Ce projet nous a obligés à répondre de nos interventions face aux pouvoirs publics, nos partenaires institutionnels et le grand public, en dépassant les fausses croyances et certaines certitudes parfois moralisantes et enfermantes. Peut-être même que cette dynamique d'intervention pourrait être transposée à d'autres substances pour garantir une qualité du produit et responsabiliser les consommateurs, qui sait ?



Martine Lacoste

Directrice, association Clémence Isaure, Toulouse (France)



Éric Kérimel

Directeur d'Habitat Alternatif Social (HAS), Marseille (France)



Jean-Marc Arbiol

Coordinateur de l'équipe d'accompagnement Un chez-soi d'abord, Toulouse (France)



Alexandra Trips

Psychologue, Housing First Brussels (Belgique)



Éric Latimer

Chercheur à l'institut Douglas, professeur à l'Université McGill et responsable de l'équipe de recherche du site « Chez soi » de Montréal (Québec)

« UN CHEZ SOI D'ABORD » FAIT DES ADEPTES

Natalie Castetz, journaliste

Proposer un logement et un accompagnement aux sans-abri souffrant de troubles psychiatriques et addictifs, sans condition de traitement ou d'abstinence aux drogues, tel est le principe de « Un chez soi d'abord » ou « Housing First ». Un programme qui fait preuve de son efficacité.

« Ça marche ». À Bruxelles, Alexandra Trips, psychologue pour le projet « Housing First » porté par l'association SMES-B (Santé mentale & Exclusion sociale Belgique), se réjouit : tous les locataires du dispositif expérimental sont restés. « Ils payent pour la majorité d'entre eux leur loyer en temps et en heure et sont en lien avec l'équipe. » Une personne a été relogée et trois sont décédées. Et, « si l'on respecte leur rythme, le rétablissement se fait ».

C'est tout récemment, depuis septembre 2013, que la Belgique teste le modèle « Housing First », initié par les États-Unis dans les années 1990. à l'origine, la secrétaire d'Etat à l'asile, à l'immigration, à la lutte contre la pauvreté et à l'intégration sociale Maggie De Block avait décidé de financer une expérimentation, avec le soutien de la Loterie nationale. Cette expérimentation s'est inscrite dans le cadre du projet fédéral Housing First Belgium

de lutte contre la pauvreté et du projet régional Housing First Brussels. Elle a été mise en place dans cinq villes : Anvers, Charleroi, Gand, Liège et Bruxelles.

INCONDITIONNALITÉ DES SOINS

Les bénéficiaires de cet accès immédiat à un logement privé subventionné sont des personnes ayant un long parcours de rue et présentant une ou des pathologies mentales sévères. Dans une optique de réduction des risques, il n'y a pas de critère de conditionnalité à l'accès au logement ; ni le traitement ni l'arrêt de la consommation ne sont imposés à la personne, qui bénéficie d'un accompagnement médical et social adapté à ses besoins.

1 « Programme Un chez-soi d'abord : le logement inconditionnel », *Acta*, n°13, décembre 2013

2 Programme hospitalier de recherche clinique

À Bruxelles, un projet est porté par les Infirmiers de rue, un autre par l'association SMES-B. « *Cela a été un gros travail de faire connaître le projet, reconnaît Alexandra Trips. Le premier défi à relever par les associations partenaires*

a été de trouver les logements. » Les personnes relogées signent une convention de sous-location de 18 mois avec SMES-B puis signent un bail classique avec le bailleur qui peut être une agence immobilière sociale (AIS), une société immobilière de service public (SISP) ou un centre public d'action sociale (CPAS).

Le dispositif a été progressivement mis en place, accueillant aujourd'hui 25 locataires, personnes sans-abri cumulant des troubles de santé mentale et addictifs, adressées par les associations partenaires.

UN ACCOMPAGNEMENT SUR MESURE

Depuis, l'équipe s'est renforcée, pluridisciplinaire de type Assertive Community Treatment (ACT), « *permettant d'accompagner la personne de manière globale, intensive et sur mesure* » : psychologue, assistante sociale, thérapeute, médecin, éducatrice spécialisée, pair aidant, experte en réduction des risques, responsable du volet logement, coordinatrice et responsable administrative et financière. « *Tout le monde sur le terrain fait le même travail.* »

Si les résultats s'avèrent positifs, reste encore, selon Alexandra Trips, à « *décloisonner les secteurs de la santé mentale, de la toxicomanie, de l'aide aux sans-abris, aussi bien institutionnellement, politiquement que dans nos pratiques de terrain* ». Avec un défi principal : trouver de nouveaux logements, « *abordables et diffus dans toute la ville* ».

EN FRANCE, EN 2011

En France, le programme pilote « Un chez soi d'abord » ou « Housing First » est expérimenté depuis fin 2011. Quatre villes l'ont mis en place : Lille, Marseille, Paris, Toulouse. Ce dispositif va totalement « *à l'encontre des traditions du travail social qui s'appuie sur le dogme de l'insertion en escalier, commentait en 2013 Éric Kérimel, directeur d'Habitat Alternatif Social (HAS) à Marseille¹ : il faut d'abord aller dans les structures d'urgence, puis dans un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), enfin dans un logement. Et la tradition veut que l'on dise : « Un logement d'abord ? Ils ne seront pas capables ! » Mais pour apprendre à faire du vélo, il faut avoir un vélo. Et nous faisons l'inverse : le logement et l'individuel d'abord, avant de penser à une structure collective.* »

À Toulouse, le projet est porté par trois acteurs : le centre hospitalier Gérard Marchant, l'association régionale Clémence Isaure spécialisée dans la prévention, la réduction des risques et le soin des conduites addictives et la lutte contre les exclusions, et le réseau associatif au service des

personnes et de leur habitat SOLIHA 31, chargé de trouver des logements auprès de bailleurs privés assurant la gestion locative. Martine Lacoste, directrice de l'association régionale Clémence Isaure, constate : 61 % des personnes ont un suivi régulier malgré l'absence de contrainte au soin et le fait qu'elles en étaient toutes très éloignées à leur arrivée dans le programme ; seules 14 % n'ont accepté aucun suivi. Et de donner les chiffres de Toulouse en 2016 : sur les 108 personnes intégrées au programme, 7 ont quitté la ville, 4 sont restées dans le programme mais dans une autre ville, 11 sont décédées, et 86 ont été suivies par l'équipe dédiée. Des résultats « *encourageants : on gagne en mieux-être pour les personnes, en accès aux soins, en meilleure insertion dans la société. À Toulouse, depuis le début, l'équipe dédiée appuie son accompagnement sur la philosophie, les concepts et les pratiques de la réduction des risques. Ce concept est proche dans sa philosophie de celui de l'empowerment : la RdR est un accompagnement vers la « capacité d'agir » de chacun au quotidien, capacité d'agir sur sa santé et sa citoyenneté.* »

UN DISPOSITIF PÉRENNISÉ

Car la base de tout, rappelle Jean-Marc Arbiol, coordinateur de l'équipe d'accompagnement à Toulouse, est la qualité du « *lien qui s'instaure, dans lequel s'établit la confiance* ». Le travail d'accompagnement des équipes pluridisciplinaires « *se centre sur les compétences, les capacités et les forces des personnes, en valorisant les points forts et sans stigmatiser les échecs. Nous créons des conditions du bien-être pour la personne, qu'elle soit dans le soin ou dans le refus du soin, en fonction de ce qui lui semble bon pour elle, et créons le contexte dans lequel peuvent émerger les compétences des personnes. Tout est basé sur le choix de la personne et non la coercition* ». Peu à peu, cela leur permet d'avoir l'idée de prendre soin d'elles-mêmes et de développer des projets.

Ce programme, par ailleurs, « *atteint l'équilibre entre les dépenses évitées et la dépense faite par le programme, souligne Martine Lacoste : il revient à 15 000 euros par personne par an* ». Les personnes ont notamment moins recours à l'hospitalisation d'urgence : 37 jours d'hospitalisation ont été recensés, contre 103 avant leur intégration. Peu à peu, « *le soin n'est pas vécu comme une punition mais comme un intérêt* ». La directrice de l'association est optimiste : le dispositif a été pérennisé, après décision du cabinet du premier ministre rendue le 27 juillet 2016. « *Les ministères des finances, des affaires sociales et de la santé, du logement et de l'habitat durable ont rendu un avis favorable* », se réjouit-elle. De nouveaux sites s'ajouteront aux quatre existants, entre 2018 et 2022, avec le maintien d'une coordination nationale portée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) durant la période de déploiement. « *Ce n'était pas imaginable que l'on change de cap : un PHRC² en a validé l'intérêt, ce qui est extrêmement rare dans les domaines sociaux et médico-sociaux. C'est un magnifique programme qui, en matière de santé, de citoyenneté, de vivre-ensemble, est un progrès pour chacun des locataires, mais aussi un chemin pour tous*

dans le déploiement d'autres politiques publiques. Accueillir les personnes, là où elles sont et là où elles en sont, est désormais une pratique d'Évidence-Based Medicine³. »

CANADA :

« QUALITÉ DE VIE »

Au Québec, l'itinérance est une préoccupation croissante, en particulier à Montréal. Les refuges manquent de place pour les personnes itinérantes, dont le taux de mortalité est largement supérieur à celui de la population en général. C'est dans ce contexte que l'étude expérimentale « Chez Soi » a été lancée en 2008 par le gouvernement fédéral, financée par la Commission de la santé mentale du Canada⁴. Dans cinq villes canadiennes (Montréal, Vancouver, Winnipeg, Toronto et Moncton) et pour 2200 personnes sans-abri, la faisabilité, l'efficacité et l'efficacité du modèle Logement d'abord (Housing First) ont été évaluées. À Montréal, 469 personnes itinérantes vivant avec un trouble de santé mentale ont été recrutées entre octobre 2009 et mai 2011 pour participer au projet « Chez Soi ». Les participants qui avaient en moyenne passé 52 mois en situation d'itinérance au cours de leur vie ont été répartis au hasard, en deux groupes : l'un recevant les services Logement d'abord et le soutien d'une équipe de suivi intensif, l'autre recevant les services habituels. Tous ont pu choisir leur logement, en termes de quartier, type d'immeuble, et, grâce à une subvention, ne déboursaient que 25 à 30% de leurs revenus pour couvrir le coût du loyer.

Éric Latimer, chercheur à l'institut Douglas à Montréal, professeur à l'Université McGill et responsable de l'équipe de recherche du site de Montréal, résume : « L'étude a démontré qu'il est possible de loger à Montréal un grand nombre de personnes itinérantes ayant une maladie mentale dans des appartements subventionnés de leur choix. Leur stabilité résidentielle et leur qualité de vie se sont grandement accrues, cela à un coût minime pour la société. » Des chiffres sont parlants : parmi les participants « ayant des besoins élevés » (163, sur la base de la gravité de leurs troubles de santé mentale ou de problèmes de comportement), ceux qui ont reçu l'intervention « Housing First » ont passé environ 60 % de leurs nuits en logement en occupation stable, contre 18 % pour les participants du groupe recevant les services habituels. Ces proportions se sont respectivement établies à 79 % et 31 % chez leurs homologues des groupes « ayant des besoins modérés » (306 participants).

Les personnes du groupe « Logement d'abord » ont généralement mentionné « une amélioration de leur santé mentale », 18 mois après leur admission au projet, « une diminution du stress et de l'anxiété ainsi qu'un plus grand sentiment de paix ». Autres évolutions mentionnées : la réduction de l'utilisation de substances et le rétablissement des liens avec la famille. Ils ont « davantage de confiance en l'avenir et considèrent désormais la vie dans la rue comme faisant partie de leur passé », relate l'étude. Et ce mieux-être est attribué au « soutien continu et exempt de jugement moral qu'offrant les équipes cliniques, la confiance qu'elles leur accordent pour prendre leurs propres décisions et atteindre leurs objectifs ».

EFFICACE ET RENTABLE

Les chercheurs de l'équipe menée par Éric Latimer ont également étudié l'aspect financier du programme qui s'avère aussi rentable qu'efficace : l'intervention coûte 22 482 dollars par personne par année pour les participants ayant des besoins élevés et 14 029 dollars pour ceux ayant des besoins modérés. Ces coûts sont presque complètement compensés par les économies dans d'autres services, notamment les hospitalisations, le recours aux refuges et d'autres services de logement. Selon le rapport, au cours des deux années ayant suivi l'admission des participants au projet, chaque tranche de 10 dollars investis dans les services « Logement d'abord » a généré des économies moyennes de 8,27 dollars pour les participants ayant des besoins élevés et de 7,19 dollars pour les participants ayant des besoins modérés.

Depuis, une nouvelle étude a été menée entre 2014 et 2015, pour évaluer dans quelle mesure le transfert des participants des groupes expérimentaux aux services habituels leur fera perdre les bénéfices obtenus dans le cadre de l'intervention Logement d'abord⁵. Et ce, en termes de stabilité résidentielle, de qualité de vie, d'implication avec le système judiciaire, ainsi que de l'utilisation appropriée et des coûts des services. « Les résultats des analyses effectuées jusqu'à maintenant indiquent notamment que les participants à besoins élevés ont perdu leurs gains plus rapidement et plus complètement que ceux des groupes à besoins modérés », souligne Éric Latimer. Cela suggère que le soutien doit être maintenu à long terme, particulièrement pour les participants à besoins élevés. »

En avril 2014, la Commission de la santé mentale du Canada pour le projet national « At Home/Chez Soi » concluait, sur la base des résultats semblables obtenus dans chacune des cinq villes, que le modèle fonctionnait. Entre temps, les résultats préliminaires avaient déjà mené à la réorientation de près des deux tiers du programme fédéral Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) vers des programmes de type « Housing First », touchant une centaine de communautés à travers le Canada.

Ainsi, expérimenté dans plusieurs pays et sous divers noms, ce type de programme, transposé dans différents contextes nationaux et de plus en plus soutenu par les pouvoirs publics, permet à l'évidence d'obtenir des résultats concluants. La grande majorité des personnes restent dans leur logement ; leur qualité de vie et leur santé s'améliorent. Ce programme est également un outil de coopération effective entre les acteurs de la santé, du social, du médico-social, de l'addictologie et du logement : il favorise, à l'échelle nationale et locale, le déclassement et l'innovation. Enfin, il permet globalement des économies pour la collectivité, tant sur le plan de la santé qu'en matière d'hébergement et d'accompagnement social.

³ Médecine fondée sur des preuves

⁴ Rapport final du site de Montréal « projet chez soi », produit par une équipe menée par Éric Latimer et édité en 2014 par la Commission de la santé mentale du Canada

⁵ Le projet Chez Soi : rapport pancanadien sur la durabilité des programmes de logement et de soutien mis en oeuvre, réalisé par l'équipe nationale de recherche qualitative de la Commission de la santé mentale du Canada pour le projet Chez Soi, 30 juin 2016 - disponible sur www.commissionsantementale.ca



Jean-Hugues Morales,
délégué National TAPAJ France
(Bordeaux, France)



Dominique Meunier,
responsable de projet,
Fédération Addiction,
(Bordeaux, France)

TAPAJ : UN PROGRAMME INNOVANT DE RÉDUCTION DES RISQUES SOCIAUX POUR DES JEUNES EN GRANDE PRÉCARITÉ

Contact : tapaj@tapaj.org

NB : cet article a été publié initialement en mars 2016 dans le n°57 de la revue Dépendances, réalisée par le GREA (Suisse)

Ce programme offre une forme novatrice d'accompagnement « bas seuil » pour des jeunes en très grande difficulté sociale et sanitaire, par le biais de l'insertion professionnelle. Cette démarche initie le jeune adulte à tous les codes du monde de l'emploi par l'accès à une activité lucrative. Elle génère du sens via le savoir-faire et le savoir-être professionnels, gage d'un processus de revalorisation personnelle du jeune et chance accrue de son entrée dans un processus de soin.

Depuis son repérage en France au début des années 90, le phénomène « jeunes en errance » n'a cessé de prendre de l'ampleur. Des jeunes de 18-25 ans, en très grande précarité, dont les expériences de vie les conduisent à avoir un parcours avec les consommations. Si la catégorie sociologique reste sujette à critiques, en France ce bornage d'âge s'explique par une réalité peu glorieuse : entre 18 et 25 ans nous sommes dans un quasi *No man's Land* de réponses d'accompagnement institutionnel.

Quid alors des possibilités d'autonomisation de publics très précaires en quête d'une réponse dans l'ici et maintenant, pour qui l'idée d'un contrat de travail, ou d'un compte en banque sont des choses bien abstraites, et pour qui la situation sociale est tellement précaire que carte d'identité et carte vitale sont parfois de lointains souvenirs ?

C'est sur la base de cette interrogation, et il faut bien l'admettre, d'un certain nombre d'accompa-

gnements difficiles, voire d'échecs cuisants, qu'est né le programme TAPAJ (Travail Alternatif Payé A la Journée).

TAPAJ : UN PROGRAMME DE RÉDUCTION DES RISQUES SOCIALE COMME LEVIER VERS L'ACCÈS AU SOIN

TAPAJ est un programme de **revalorisation sociale** via l'insertion professionnelle mise en place par des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD). Il permet aux jeunes en très grande précarité d'avoir accès, au plus vite et avec le minimum de contraintes préalables, à un travail

et donc à une source légale de revenus. En cela, TAPAJ est une alternative aux réponses d'assistantat et mobilise et valorise les capacités de travail de ces jeunes. En retrouvant les codes du monde de l'emploi (contrat de travail et bulletin de salaire dès les premières heures), le jeune développe non seulement un savoir-faire et un savoir-être professionnels mais aussi de l'estime de soi, puissant vecteur de revalorisation personnelle.

TAPAJ est une action de **médiation positive** basée sur les principes de la réduction des risques et les techniques d'engagement. Cette approche contextuelle, centrée sur les capacités de la personne, intervient sur des temporalités courtes et à partir de la volonté de changement du jeune. L'évaluation régulière de ces « micro-actions » directement contextualisées ainsi que la réversibilité des étapes du programme permettent très vite au jeune de glisser de la question de l'engagement initial à celle, beaucoup plus structurante, de la continuité et de la persévérance. Par son approche systémique, TAPAJ ne segmente pas les champs de vie de la personne et concourt ainsi à lever les différents freins de l'accès à l'emploi rencontrés par ce public (santé, situation sociale, logement, illettrisme, fracture numérique...).

Enfin, TAPAJ a également un impact sur la **tranquillité publique**. Par son action de médiation sur le milieu de vie de ces jeunes en plein cœur de la cité et auprès de l'ensemble des acteurs (riverains, commerçants, décideurs politiques...), il concourt au travail de déconstruction des représentations réciproques, source d'un mieux vivre ensemble et de l'émergence d'une volonté et d'une possibilité de resocialisation. Les interactions entre les jeunes et l'ensemble de ces acteurs locaux sont vectrices de reconnaissance. Ces *feedbacks* mettent à distance l'image négative du jeune « qui traîne avec ses chiens vers on ne sait quoi en buvant de la bière » et contribuent ainsi à restaurer une citoyenneté mise à mal.

La singularité de TAPAJ, caractérisée par son bas seuil d'exigence vis-à-vis des usagers, a imposé de défricher un montage économique qui semblait de prime abord impossible au regard du Code du Travail. C'est la raison pour laquelle TAPAJ repose à la fois sur une dynamique partenariale forte entre associations, institutions et grandes entreprises nationales françaises (AUCHAN, ORANGE, ERDF, SNCF, VINCI...), et sur un modèle économique novateur basé sur un archipel de financements différenciés.

UN PROGRAMME À SEUILS ADAPTÉS

Phase 1 : un travail à bas seuil d'accès

Cette première phase se réalise sur des plateaux de travail de quatre heures maximum par semaine. Ceci permet aux jeunes tapajeurs d'apprivoiser les

exigences minimales du monde du travail (horaires, organisation du temps et des « autres » rendez-vous, nécessité de prévenir en cas d'indisponibilité même si cela ne remet nullement en cause le contrat...). En somme, un ré-apprentissage à se projeter d'une semaine sur l'autre ! Chose très complexe pour des personnes à la rue dont la projection est réduite à son minimum vital et la temporalité morcelée.

Techniquement, les plateaux de travail proposés se réalisent en extérieur (désherbage, réaménagement d'espaces verts, manutention...), auprès de partenaires privés ou publics qui acceptent de ne pas imposer d'objectifs de rendement immédiat. Dans un souci de « faire avec », les éducateurs accompagnants réalisent avec les jeunes les tâches du chantier. L'évaluation finale se fait en présence des partenaires pour inscrire TAPAJ dans le cadre du monde du travail et non d'un chantier éducatif.

L'ENTRETIEN DE CÔTE À CÔTE, UNE PRATIQUE ÉDUCATIVE SPÉCIFIQUE

Cet outil a été affiné et mis au point au fil des années par les éducateurs du CEID Addictions à Bordeaux, premier site à avoir développé un programme TAPAJ en France.

« L'entretien de côte à côte s'inscrit au sein de différents espaces de travail et paraît aujourd'hui être indispensable dans notre trousseau de techniques d'accueil de la parole. En effet, le « faire avec » est classiquement reconnu dans nos métiers comme moyen de partager un moment tout en permettant d'élargir des discussions qui bien souvent restent en surface, ou s'adaptent aux attentes supposées du professionnel, dans d'autres cadres plus classiques d'entretien de face à face. A contrario, ces instants de partage que constitue le « faire avec », avec une hiérarchisation moins prégnante de la relation entre le professionnel et le jeune, facilitent pour le coup la relation humaine.

Ce que nous nommons « entretiens de côte à côte » se réalisent toujours dans ces espaces de « faire avec » (accompagnement à des rendez-vous, trajets en voiture, ateliers des arts de la rue, travail sur TAPAJ...). Ils peuvent se mettre en place parce que la relation se déroule dans cette configuration atypique de proximité et dans un temps borné, où le jeune perçoit qu'il peut mettre un terme à la discussion (fin de trajet, changement de rue de travail...).

Ainsi, « l'entretien de côte à côte » relève avant tout d'un état de vigilance accru dans la mise en place spatiale et temporelle de ces conditions d'émergence potentielle d'une parole. Le jeune va pouvoir livrer des choses plus intimes dans cet interstice dont il s'échappera la plupart du temps immédiatement après, mais où les mots ont été posés. Chacun sait alors que nous en sommes maintenant dépositaires. Charge à nous de le travailler par la suite ».





Phase 2 : le temps de la prise en charge

Durant cette seconde phase, la situation médicale, administrative et sociale du jeune est mise à plat dans le cadre d'un accompagnement plus individualisé. Pour autant, les choses ne sont pas aussi segmentées au quotidien, parfois, elles s'initient plus tôt.

Les jeunes se voient proposés des contrats de 2 à 3 jours consécutifs avec un allègement partiel de l'encadrement et une autonomisation. La rémunération se fait dans les mêmes conditions qu'en phase 1 ou en fin de contrat.

D'un point de vue éducatif, c'est la question de la présentation de soi qui se travaille à ce niveau, ou plus exactement la capacité d'être sur une constance de présentation de soi, d'un jour sur l'autre, quels que soit les aléas de sa vie privée, comme tout employé. Cette étape transitoire leur permet de se projeter un peu plus encore dans une appropriation de leurs choix futurs tant au niveau santé et hébergement que travail.

FOCUS SUR LA SANTÉ

TAPAJ accueille le jeune tel qu'il est (psychiquement, physiquement) et là où il en est de son parcours de vie. Ses consommations ne sont pas un frein à son entrée dans le programme mais au contraire, osons le dire en tant qu'acteur de l'addictologie, bien une condition d'accès. La question de la santé est « naturellement interrogée » par le jeune lui-même lorsqu'il intègre un plateau de travail. Un effet d'autorégulation s'observe chez certains : niveau de consommation légèrement abaissé le matin du chantier ou la veille, fréquence de consommation diminuée, vigilance sur sa qualité de sommeil et/ou d'alimentation...

Les éducateurs qui accompagnent ces temps de travail restent à l'écoute de l'état du jeune et peuvent lui proposer de faire des pauses, de manger ou de rentrer s'ils estiment que celui-ci n'est pas « suffisamment bien ». Cette bienveillance s'inscrit dans une logique de *care*, car TAPAJ crée un espace privilégié dans lequel la santé peut devenir un sujet d'échanges.

Enfin, rappelons que le Code du Travail impose une visite médicale obligatoire à tout nouvel embauché. Généralement effectuée en phase 2, cette étape, bien que suscitant des appréhensions, voire des peurs, de la part du jeune, est un levier intéressant dans l'accompagnement éducatif. La santé en général, et en particulier au travail, la notion d'aptitude *au travail*, l'auscultation par un médecin *du travail*, l'obligation légale de la démarche sont autant d'éléments à aborder en amont avec le jeune.



Phase 3 : accompagner vers le droit commun

Cette dynamique de mise à plat et d'action systématique sur leur situation étant lancée, les équipes éducatives accompagnent la transition vers les dispositifs de droit commun.

TAPAJ poursuit alors son suivi via le CSAPA (centre de soin) ou CAARUD (centre de réduction des risques), venant en étayage de moins en moins présent, mais comme des points de repères rassurants pour le jeune en pleine expérimentation de sa capacité à agir pour la construction de son futur.

UNE STRATÉGIE D'OUTREACH

La décision de créer un programme TAPAJ s'inscrit dans un processus de connaissance et d'accompagnement de ces publics et d'identification de leurs besoins. Le travail de rue est en particulier un préalable indispensable, à l'opposé d'un montage « hors-sol ».

L'*outreach* (travail social de proximité) est une posture à part entière pour accompagner ces derniers à réduire les risques et les dommages liés à leurs conduites addictives et au contexte de leurs consommations. Éloignés des dispositifs ou non usagers de ceux-ci, les publics, rencontrés par les équipes qui vont vers eux, bénéficient ainsi d'un lien avec une « ressource santé identifiée » dont ils peuvent se saisir s'ils le souhaitent. Sans jugement et à partir de leur situation présente, le tissage *in situ* relève d'un savoir-faire et d'un savoir-être des professionnels de l'addictologie, au service d'abord d'une relation potentiellement facilitatrice d'un accompagnement pluridisciplinaire.

TAPAJ : UN RÉSEAU NATIONAL ET INTERNATIONAL

De par sa capacité de mobilisation et de formalisation collective, en 2014, la Fédération Addiction s'est vue confier par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), la mission d'accompagner

des futurs porteurs de programmes TAPAJ sur le territoire national, avec l'expertise du CEID-Addictions, développeur pionnier d'un programme TAPAJ à Bordeaux depuis 2012. Cet objectif correspondait, dans le plan MILDECA 2013-2017, à l'axe stratégique 1.3 « Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux », objectif 1.3.2 « Favoriser la dimension socioprofessionnelle dans la prise en charge globale ».

La Fédération Addiction a souhaité contribuer à l'essaimage du programme TAPAJ, convaincue de son utilité pour le public ciblé, mais aussi pour les dispositifs spécialisés en addictologie, le programme TAPAJ offrant un outil innovant et original au service de la prise en charge médico-psycho-sociale des publics concernés par les conduites addictives.

En 2014-2015, sept porteurs (CAARUD ou CSAPA) ont été accompagnés dans le déploiement de douze programmes TAPAJ dans six régions de France. Les conditions de la transférabilité ont été particulièrement travaillées, nécessitant une structuration et des outils communs tels que :

- des documents support pour la mise en œuvre (modèles de convention, contrat-type...);
- des documents de référence (la Charte TAPAJ France, Charte Graphique...);
- le site internet tapaj.org, les e-mails tapaj pour chacun des sites, l'espace collaboratif privé, la présence sur Twitter, etc.;
- des gilets de sécurité pour les tapajeurs, des cartes de visite, du papier à en-tête, des porte-documents à l'effigie TAPAJ pour les porteurs;
- des réunions entre porteurs ou sur leur site, pour dépasser les freins et favoriser les développements partenariaux;
- des contacts et rencontres avec de grandes entreprises nationales pour créer des opportunités de chantiers sur les territoires.

Ces éléments ont créé les bases d'une culture TAPAJ commune et structurée. Aujourd'hui, le réseau TAPAJ France tend à s'étendre encore grâce

à de nouveaux porteurs de programmes TAPAJ. L'année 2016 permettra également de franchir un pas de plus, via la création de l'Association TAPAJ France en tant que personne morale, coordinatrice garante de la cohérence du programme et du label TAPAJ.

CONCLUSION

Structuré sur un modèle économique novateur, TAPAJ permet d'aller à la rencontre de jeunes en très grande précarité et de leur offrir de se remobiliser par une mise en action immédiate, préalable à tout protocole de suivi. Par la suite, cet outil se révèle bien souvent être, pour ce public, une nouvelle porte d'entrée vers le soin, dans nos structures.

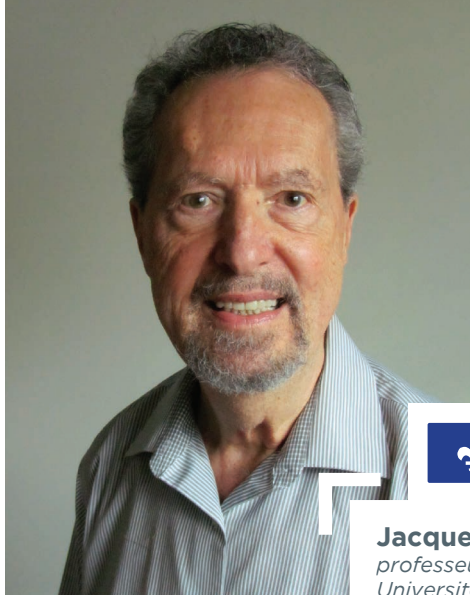
S'il est à l'heure actuelle innovant en France, ce programme existe au Québec depuis près de 10 ans. Nous sommes fiers aujourd'hui d'avoir créé un jumelage fort entre le CEID-Addictions de Bordeaux et nos homologues de Spectre de Rue à Montréal.

La constitution de l'association TAPAJ France va permettre de renforcer nos liens (transatlantiques, programmes locaux, institutionnels, grandes entreprises...) et de poursuivre le développement au bénéfice des publics les plus à distance de toute forme d'accompagnement.

Bien que la transférabilité de cette action ait imposé l'art délicat de l'adaptation complexe au contexte national et à ses lois, le respect de l'ADN initial de réduction des risques basée sur l'*outreach* demeure commun. Au moment où d'autres pays tels que le Portugal ou l'Espagne s'intéressent au programme, c'est bien cette philosophie d'action, commune aux acteurs de l'addictologie, définissant leur singularité professionnelle, qui s'inscrit définitivement comme la clé de voûte de TAPAJ.



1 Baraldi, R., K. Joubert & M. Bordeleau, *Consommer ou ne pas consommer du cannabis : regard sur le profil de consommation des Québécois*. Institut de la statistique du Québec, novembre 2016.



Jacques Bergeron,
professeur de psychologie,
Université de Montréal

LE RÔLE DES PARENTS DANS LA PRÉVENTION DES CONDUITES AUTOMOBILES À RISQUES DES JEUNES UTILISATEURS DE CANNABIS

La consommation de cannabis constitue un important problème de santé chez les jeunes adultes. Selon l'enquête la plus récente de l'Institut de la statistique du Québec, 30% des personnes de 18 à 24 ans ont fait usage de cannabis de façon occasionnelle au cours des 12 mois précédant l'enquête¹, alors que 12% avaient une consommation régulière d'au moins une fois par semaine. De façon générale, la fréquence de consommation est plus élevée chez les hommes, mais aussi chez les personnes étudiantes.

La prévalence de la conduite d'un véhicule sous l'influence de cette substance chez les jeunes consommateurs est également importante. De nombreux jeunes estiment que leurs facultés sont peu ou pas affaiblies par la consommation de cannabis et croient qu'il n'existe pas, contrairement à l'alcool, de moyen rapide de dépistage en situation de conduite. Ce qui tend à banaliser l'usage du cannabis au volant. Les études pharmacologiques montrent toutefois que même une dose modérée de cannabis a des effets nocifs sur la conduite : sur l'habileté à maintenir la trajectoire, sur les temps de réaction, sur l'habileté à partager son attention à divers stimuli, sur l'habileté à faire face à des difficultés imprévues.

De nombreuses études ont révélé l'importance du rôle des parents, pendant la période d'adolescence de leurs jeunes, pour contrebalancer l'influence des pairs, souvent associée à la consommation d'alcool ou de drogues et à la prise de risques au volant. On sait aussi que la majorité des parents exercent généralement une influence bénéfique à la fin de l'adolescence, entre autres en s'impliquant lors de l'apprentissage de la conduite en vue de l'ob-

tention du permis. Or jusqu'ici très peu de travaux se sont intéressés à l'influence que pourraient continuer à exercer les parents auprès des jeunes qui atteignent la vingtaine. Et cela au cours d'une période où les jeunes adultes affrontent simultanément plusieurs tâches importantes : effectuer un choix de carrière, se familiariser avec une consommation responsable de boissons alcoolisées, et pour nombre d'entre eux, poursuivre des études, ou fonder une famille, etc.

UNE ÉTUDE SUR LES RELATIONS ENTRE LES JEUNES ADULTES ET LEURS PARENTS

Dans le cadre des travaux du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec), et avec l'appui de la Fondation CAA-Québec, nous avons entrepris une étude sur les rapports chez les jeunes adultes entre la qualité des relations qu'ils entretiennent avec leurs parents, leurs comportements au volant et l'importance de leur consommation d'alcool et de cannabis.

Méthodologie

L'équipe a d'abord construit le questionnaire CPJA (Communications entre Parents et Jeunes Adultes) sur la qualité des relations entre le répondant et la figure parentale avec laquelle il a le plus de contact. Un premier volet de 20 questions traite des relations générales ; par exemple, « il/elle sait toujours bien m'écouter » ; « il/elle a tendance

à me dire des choses qu'il/elle devrait garder pour lui/elle ». Un deuxième volet porte sur le choix de carrière (par exemple : « j'évite de discuter avec lui/elle de mon choix de carrière »), et un troisième sur la conduite automobile (par exemple : « je suis très satisfait(e) de la façon dont nous parlons de ma façon de conduire »). Une analyse factorielle en composantes principales, utilisant la méthode de rotation Varimax avec normalisation Kaiser, indique que le questionnaire permet d'identifier deux facteurs : le degré des relations harmonieuses ou empathiques d'une part, et d'autre part le degré des relations conflictuelles entre le jeune et le parent avec lequel il a le plus de contact.

De façon à constituer un échantillon diversifié de jeunes adultes entre 18 et 25 ans en termes d'âge, niveau de scolarité, nombre d'années de conduite, kilométrage annuel, les participants ont été recrutés un par un à Montréal par de nombreux examinateurs entraînés à faire passer une batterie de questionnaires selon un protocole uniformisé. Chacun des participants devait posséder un permis de conduire depuis au moins deux ans, et conduire un véhicule automobile au moins deux jours par semaine. Dûment informés de la confidentialité de leurs réponses, ils ont répondu aux questionnaires lors d'une séance individuelle.

L'échantillon final comprend 128 hommes avec un âge moyen de 21,7 ans et 126 femmes ayant en moyenne 21,5 ans. Un peu plus des deux tiers des répondants sont des étudiants, alors que 27,5% déclarent le travail comme occupation principale. En plus du questionnaire CPJA, les participants ont répondu à trois échelles fréquemment utilisées dans le domaine : un questionnaire sur leurs consommations de substances psychoactives, un questionnaire sur leurs attitudes à l'égard de la consommation de cannabis, et la version française² du *Dula Dangerous Driving Index* (DDDI) identifiant respectivement la fréquence des comportements de prise de risques routiers et d'agressivité au volant, de même que les émotions négatives ressenties sur la route.

Résultats

Les réponses des participants aux questions portant sur leur consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois permettent de les classer en trois groupes : 39,6% n'ont pas fait usage de cannabis pendant cette période, 32% en ont consommé de façon occasionnelle (moins d'une fois par semaine) et 28,4% de façon régulière (une fois par semaine ou plus). Il y a davantage de femmes parmi les consommateurs occasionnels, alors que les hommes sont nettement plus nombreux parmi les consommateurs réguliers ($\chi^2 = 22,732$, $p < ,01$). Les analyses de variance effectuées sur les réponses au volet général du questionnaire CPJA ne montrent pas de différence entre les groupes concernant la « relation harmonieuse avec les parents », mais des différences significatives ($t = 4,84$; $p < ,01$) sur la variable « relations conflictuelles ». Les consommateurs réguliers, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, rapportent beaucoup plus de communications difficiles dans

leurs relations habituelles avec les figures parentales, que ce soit avec le père, la mère, ou le nouveau conjoint ou nouvelle conjointe du père ou de la mère. Par contre, il y a une corrélation significative ($r = ,38$; $p < ,01$) entre la fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois et la consommation de cannabis pendant la même période, mais il n'y a aucun lien entre la fréquence de consommation d'alcool et la qualité des relations avec les parents ($r = 0,005$; NS).

La conduite sous influence du cannabis, mesurée ici par le nombre de fois au cours des 12 derniers mois où les répondants ont pris le volant une heure après avoir consommé du cannabis, se révèle significativement associée au sexe et à l'âge des participants, et aussi à la prise de risques sur la route et à la variable relations conflictuelles avec les parents ($p = ,01$).

² Richer, I. and J. Bergeron, *Differentiating risky and aggressive driving: Further support of the internal validity of the Dula Dangerous Driving Index*. *Accident Analysis and Prevention*, 2012. 45(1): p. 620-627.

Tableau 1 - Corrélations de Pearson (N = 254)

VARIABLES	1	2	3	4	5	6
1. Attitudes favorables au cannabis	1					
2. Communications sur conduite auto	-,19**	1				
3. Agressivité au volant	,28**	-,35**	1			
4. Prise de risque au volant	,30**	-,33**	,64**	1		
5. Excès de vitesse	,04	-,21**	,38**	,39**	1	
6. Contraventions routières	,13*	-,17**	,27**	,34**	,19**	1

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Les analyses du volet portant sur les communications concernant le choix de carrière donnent des résultats similaires. De plus, les résultats du troisième volet sur les communications au sujet de la conduite automobile permettent d'associer la qualité des relations entre les jeunes et leurs parents avec leurs comportements au volant et leurs attitudes à l'égard de la consommation de cannabis. Comme l'indique la matrice de corrélations présentée au Tableau 1, moins bonnes sont les communications avec les parents sur le sujet de la conduite, plus les répondants ont des attitudes favorables à l'usage de cannabis, plus ils rapportent des comportements de vitesse, d'agressivité et de prise de risques au volant, et plus ils ont reçu de contraventions routières au cours des trois dernières années.

Discussion

Dans l'ensemble, ces données confirment les résultats obtenus dans de nombreuses études sur la témérité des jeunes conducteurs au volant. Les résultats mettent aussi en évidence que les usagers réguliers de cannabis tendent à prendre plus de risques sur la route, notamment en ce qui a trait à la conduite à grande vitesse. L'étude met ainsi en lumière que l'usage de cannabis et la conduite sous l'influence du cannabis sont des indicateurs d'un patron comportemental à risque pour la sécurité.

3 Napper, L.E., N.M. Froidevaux, and J.W. LaBrie, *Being blunt about marijuana: parent communication about marijuana with their emerging adult children*. Prevention Science, 2016. 17(7) : p. 882-891.

4 Sahed, I., *Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence : quête identitaire et vulnérabilité dans le parcours de consommation*. Drogues, santé, société, Août 2014.

5 Glendon, A., *Influences on young drivers' reported driving behaviours and perceptions: A focus group study*. Journal of the Australasian College of Road Safety, 2013. 24(1): p. 16-29.

En outre, nos analyses ont permis d'identifier les prédicteurs affectant la qualité des relations entre les jeunes et leurs parents en général, et de façon plus spécifique les communications concernant le choix de carrière et surtout la conduite automobile. Contrairement à leur consommation d'alcool, les attitudes des jeunes à l'égard du cannabis et la fréquence de leur consommation de cannabis sont associées aux comportements de conduite dangereuse au volant et à la qualité de leurs communications avec leurs parents.

Il importe de rester prudent sur la portée de ces résultats. En effet, les méthodes employées ici ne permettent pas d'établir un lien causal entre les effets pharmacologiques du cannabis et un sur-risque de collision. De plus, l'étude se base sur des perceptions et des comportements routiers auto-rapportés. Ce qui permet d'inclure un grand nombre de participants au sein d'un échantillon, mais est théoriquement vulnérable à un biais de rappel et à une surestimation ou sous-estimation de la fréquence des comportements rapportés. Il reste que les analyses statistiques font ressortir des associations, parfois modestes mais néanmoins nettement significatives, entre les relations des jeunes avec leurs parents, leurs attitudes envers le cannabis et ses effets, et l'ensemble de leurs comportements au volant, y compris la conduite sous influence du cannabis.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les résultats de cette étude nous incitent à les interpréter à la lumière d'une recension des écrits sur le rôle et l'importance de l'encadrement parental dans la prévention des abus de consommation d'alcool et drogues chez les jeunes, et sur la prévention des comportements dangereux sur la route, notamment la conduite avec capacités affaiblies.

Influence des parents

Depuis quelques années, des chercheurs montrent un intérêt croissant pour un champ d'études relativement nouveau et très prometteur : celui du rôle que peuvent jouer les parents pour contrebalancer l'influence des pairs associée le plus souvent à la consommation d'alcool ou de drogues et à la prise de risques au volant.

Si la majorité des parents, soucieux de la sécurité de leurs jeunes, ont pu observer qu'en leur présence ces derniers ont des comportements tout à fait sécuritaires au volant, ils ignorent pour la plupart que des enquêtes révèlent que près de la moitié des jeunes déclarent avoir pris place au cours de la der-

nière année dans un véhicule conduit par un jeune conducteur qui venait de consommer de l'alcool ou du cannabis. La poursuite de bonnes relations avec les parents au cours des premières années de conduite avec un permis régulier permettrait aux jeunes de mieux résister à l'influence des pairs, et ainsi d'être amenés de façon significative à prendre moins de risques sur la route

Importance de l'encadrement parental

Les résultats d'une étude américaine récente mettent en évidence la nécessité de tenir compte des différents types de messages des parents. Des communications trop permissives sont associées à des attitudes plus favorables à l'usage de cannabis chez les jeunes et à la probabilité d'une plus grande fréquence de consommation³.

De fait, une étude réalisée en France⁴ indique que les jeunes eux-mêmes reconnaissent l'importance d'avoir un bon encadrement de la part des parents. La majorité des adolescents et jeunes adultes interrogés lors d'entretiens individuels estiment qu'un encadrement parental permissif et laxiste, ou au contraire trop rigoureux, contribue à l'adoption de comportements à risque tels des abus de consommation de cannabis. Dans ces cas, le jeune n'aurait pas trouvé auprès de ses parents « un point de repère normatif à partir duquel organiser son système de valeurs et orienter sa conduite ». Les comportements à risque seraient alors un bon indicateur d'un dysfonctionnement des pratiques parentales. L'étude en conclut que la seule façon qu'ont les parents d'endiguer l'influence des pairs est de représenter aux yeux des jeunes un point de repère crédible.

Il en est de même en ce qui concerne les travaux sur la sécurité routière et la prévention de la conduite avec les capacités affaiblies, comme le révèle entre autres une recherche réalisée à l'aide de groupes de discussion réunissant des jeunes conducteurs australiens de 17 à 24 ans⁵. La majorité des jeunes veulent bien accepter un encadrement approprié de la part des parents mais voudraient que les communications ne se limitent pas aux recommandations et admonestations stéréotypées (« sois prudent », « ne rentre pas trop tard »), et qu'elles se fassent davantage sur un pied d'égalité, dans le cadre d'une relation bidirectionnelle. Ce qui soulève aussi une limite inhérente à l'ensemble des travaux sur le sujet (y compris notre propre étude décrite ici), de ne reposer que sur les attitudes et perceptions des jeunes, sans le point de vue des parents. C'est pourquoi les travaux que nous réalisons actuellement, en plus de compléter l'exploration des perceptions des jeunes par l'observation de leurs comportements sur un simulateur de conduite, comportent l'administration des mêmes questionnaires par les jeunes et par leurs parents, de façon à croiser leurs attitudes et perceptions respectives.

Numéro 01, décembre 2016

Prix de vente : 6€

Directeur de la publication

Jean-Pierre Couteron

Coordinatrice du numéro

Cécile Bettendorff

Comité éditorial

Sébastien Alexandre

Lilian Babé

Cécile Bettendorff

Frédéric Brzozowski

Arlette Côté

Jean-Pierre Couteron

Marie-Christine Fortin

Nathalie Latour

Lisa Massicotte

Jean-Félix Savary

Joël Tremblay

Journaliste

Natalie Castetz

Conception graphique

Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression

4500 ex.

Imprimerie La Petite Presse