

La réduction des risques en addictologie

La réduction des risques (RDR) part du postulat qu'un monde sans addiction n'existe pas. Dans cette approche, on informe et on accompagne les usagers pour éviter les pratiques à risques et, si possible, les orienter le plus précocement possible vers les soins. La réduction des risques privilégie le dialogue avec les usagers, même les plus marginalisés, afin d'en faire des acteurs de leur santé et, éventuellement, de leur démarche de soins ⁽¹⁾.

Cette notion, relativement récente, bouscule le schéma thérapeutique classique du modèle de l'« abstinence » comme seule solution. La réduction des risques vient modifier, en profondeur et durablement, toutes les pratiques de soins, d'accompagnement et de prévention. Le Réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne (Riam 53) a consacré à ce thème un après-midi d'é-

changes, le jeudi 15 mai 2014, à Laval. Le bulletin *RIAM... Infos* n° 11 de juin-juillet 2014 (huit pages), à la rédaction duquel le CÉAS a apporté une large contribution, publie le compte rendu des quatre ateliers, ainsi que de la conférence conclusive.



RIAM... Infos n° 11

1- La cigarette électronique : aide ou intox ?

Le Dr Catherine Bouté, médecin responsable de l'Irsa (Institut interrégional pour la santé) ⁽²⁾, à Laval, et Patricia Lavolo, présidente du Syndicat des buralistes de la Mayenne, ont co-animé l'atelier sur la cigarette électronique.

Pendant environ deux heures, vingt participants ont pu échanger autour de cette thématique qui soulève bien des interrogations. Treize professionnels de santé, cinq bénévoles et deux représentants de structure associative ont choisi d'approfondir leurs connaissances sur la cigarette électronique, aussi appelée l'e-cigarette. Concernés de près ou de loin, les professionnels présents souhaitaient avoir une meilleure compréhension du produit afin d'apporter des réponses aux publics avec lesquels ils travaillent.

Les deux intervenantes, l'une actrice de santé publique et l'autre faisant commerce de la vente de



Dr Catherine Bouté

cigarettes, ont permis d'aborder cette question selon des points de vue différents mais complémentaires. Les deux heures d'atelier, basées sur

(1) – Sur le site Internet du CÉAS (www.ceas53.org/), rubriques « Santé publique », puis « Addictologie », lire également : « Addictologie : avec la prévention et les soins, la réduction des risques, troisième levier d'action ».

(2) – Centre de prévention et de santé publique de la Mayenne, 90 avenue de Chanzy, 53000 Laval, tél. 02 43 53 23 92, mél. cpsp53@uc-irsa.fr.

des échanges et animées à l'aide d'un diaporama et d'une présentation d'échantillons, ont manifestement apporté des éléments de réponse aux questionnements des participants.

Pour le Dr Catherine Bouté, s'appuyant sur des études scientifiques, l'utilisation de la cigarette électronique, à court et moyen terme, est moins dangereuse pour la santé que celle de la cigarette classique. Dépourvue de tabac, goudron et monoxyde de carbone, l'e-cigarette réduit fortement le risque de cancer et de maladie cardiovasculaire chez les fumeurs. L'e-cigarette contient des produits comme le propylène glycol, des addictifs et des arômes qui, a priori, ne présentent pas de risque cancérigène, cardiovasculaire ou respiratoire pour l'utilisateur. Cependant, aucune étude ne démontre qu'à long terme le caractère irritant de certains produits ne puisse avoir de conséquence néfaste sur la santé.

L'e-cigarette est un produit qui peut paraître cher à l'achat (entre 25 euros et 45 euros). Toutefois, « *au bout d'un an, souligne Patricia Lavolo, pour un fumeur qui fume un paquet par jour, cela représente une économie de 1 000 euros* ». Elle est fabriquée majoritairement en Chine. On observe des différences de prix sur les produits. Les e-cigarettes peuvent être de plus ou moins bonne qualité. Mieux vaut éviter de les acheter n'importe où ; plutôt faire confiance aux buralistes ou aux magasins spécialisés.

Par ailleurs, dans les débats pour ou contre, l'aspect environnemental n'est pas non plus à négliger quand on voit le nombre de mégots qui finissent sur le sol des espaces publics. L'e-cigarette représente, de ce fait, une alternative écologique à la cigarette traditionnelle. La question du recyclage des batteries et des composants de l'e-cigarette, par contre, demeure posée.



Patricia Lavolo

« L'e-cigarette peut sauver des vies »

Bertrand Dautzenberg est professeur de médecine, pneumologue à l'hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris), président de l'Office français de prévention du tabagisme. Dans son dernier ouvrage, *L'e-cigarette pour en finir avec le tabac ? Les réponses à toutes vos questions* (Bruxelles : Ixelles éditions, 2014, 222 pages, 9,90 euros), l'auteur insiste sur le fait qu'il vaut mieux utiliser l'e-cigarette que fumer des cigarettes classiques, mais qu'il vaut encore mieux ne toucher ni à l'une ni à l'autre. « *L'e-cigarette n'est pas un produit totalement sain* », précise-t-il. Il existe un risque de dépendance à ce produit. Cependant, « *l'e-cigarette peut sauver des vies, des milliers, ou plus probablement des centaines de milliers de vies* ». Et c'est le pneumologue qui l'écrit !



Le « vapotage » : recours pour les consommateurs dépendants ?

« *On ne recommande pas la cigarette électronique, mais on ne décourage pas ses utilisateurs* », indique le Dr Catherine Bouté, selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Pour qu'elle ait un effet efficace sur la dépendance, il faut prendre en compte le dosage des e-cigarettes et choisir celui qui est le plus adapté à sa situation. « *Un dosage en nicotine adapté est une des clés pour adopter l'e-cigarette. Ce qu'il faut réussir à atteindre, c'est son niveau de satisfaction* ». Le test de Fagerström, facilement réalisable, permet de déterminer son degré de dépendance physique, c'est-à-dire d'évaluer sa dépendance à la nicotine.

« *L'e-cigarette peut donner l'impression de fumer plus souvent* », souligne Patricia Lavolo. La méthode d'utilisation recommandée est de tirer de petites bouffées régulièrement, vapoter, avec de légères inhalations. Sinon, en inhalant de grosses bouffées comme avec la cigarette classique, le fumeur entretient la dépendance à la nicotine. « *L'arrivée de ce produit, selon Patricia Lavolo, marque un changement et une évolution dans la consommation de cigarettes* ».

Le vapotage serait donc bel et bien un moyen de se débarrasser de la dépendance à la nicotine. Le côté « gadget » et « mode » de ce produit peut, cependant, inciter les jeunes à fumer et il peut représenter une porte d'entrée pour la consommation de cigarettes traditionnelles.

Vigilance pour l'avenir...

Aujourd'hui, les cigaretteurs ont racheté 75 % du marché de la cigarette électronique, ce qui pose la question du devenir des e-cigarettes. On observe déjà sur le marché l'apparition d'e-cigarettes contenant du tabac. Moins dangereuses que les cigarettes classiques, elles le sont plus, néanmoins, que les e-cigarettes que l'on connaît.

Selon l'article 554 du Code des impôts, les cigarettes et produits à fumer, même s'ils ne contiennent pas de tabac, sont assimilés aux tabacs manufacturés et relèvent donc du monopole de distribution des buralistes. C'est en se référant à cet article que les buralistes réclament le monopole de la vente des e-cigarettes. Avec l'e-cigarette, il n'y a pas de fumée produite, c'est de la vapeur. Produit dérivé du tabac ou produit de consommation courante, la loi française n'a pas encore tranché le débat.

Le Dr Catherine Bouté conclut en rappelant que 97 % des fumeurs qui essaient d'arrêter sans aucune aide échouent. « *L'accompagnement par le médecin traitant,*

Un rapport de l'Office français de prévention du tabagisme précise que 75 % des fumeurs auront testé l'e-cigarette fin 2014. Plusieurs études montrent un rôle favorable pour le sevrage partiel ou complet, dont une étude française qui avance 72 % de diminution de la consommation et 11 % d'arrêt.

précise-t-elle, *doit être au centre de la démarche d'arrêt du fumeur* ». L'accompagnement est donc la clé de l'arrêt, avec l'aide de son médecin traitant, ou bien de son pharmacien, ou encore des professionnels de l'addictologie. À cet égard, l'e-cigarette constitue un nouvel outil possible, parmi d'autres.

2- Alcool : maintien de l'abstinence totale ?

Plus de trente personnes ont participé à l'atelier co-animé par Gilles Monsallier, coordinateur d'Alcool Assistance de la Mayenne⁽³⁾, et Robert Hersant, directeur de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de la Mayenne (Anpaa 53)⁽⁴⁾. Professionnels de santé, intervenants sociaux, bénévoles ou salariés, ils étaient nombreux à vouloir en savoir plus sur cette approche de la réduction des risques, qui fait aujourd'hui débat, voire polémique.

La consommation contrôlée est directement liée à l'histoire de l'accompagnement des personnes dépendantes de l'alcool. En effet, l'abstinence a longtemps constitué un modèle pour les associations d'entraide. Marc Valleur, dans le *Dictionnaire des drogues et des dépendances* (Larousse, 2004), écrit explicitement : « *L'abstinence est une abstention volontaire et durable d'un produit susceptible de donner lieu à la dépendance. L'abstention durable permet seule de venir à bout de la dépendance* ». Aujourd'hui, même si de nombreux professionnels ont évolué sur ce point, ce concept a laissé des traces dans les mentalités.

Une personne alcoolique guérie est-elle nécessairement abstinente ? Le psychiatre E. Mansell Pattison démontre, dès 1976, que « *le maintien de l'abstinence totale d'alcool n'entraîne pas nécessairement les améliorations corollaires de la vie affective, des relations interpersonnelles et de la santé physique. Si les alcooliques abstinentes ne sont pas nécessairement guéris, certains, revenant à une consommation contrôlée ou sociale, pourraient être considérés comme guéris* ». Ses conclusions seront ensuite confirmées, notamment par une étude, en 2009, effectuée auprès de plus de 22 000 personnes aux États-Unis. En France, une étude du Dr Amandine Lu-



Gilles Monsallier, coordinateur d'Alcool Assistance de la Mayenne, et Robert Hersant, directeur de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de la Mayenne (Anpaa 53).

quiens (hôpital Paul-Brousse, à Villejuif, 2011) conclut que 60 % des alcoologues, selon leur déclaration, recourent à la consommation contrôlée, et ce pour trois raisons principales : le choix du patient, la perception d'efficacité personnelle et les antécédents de la rechute.

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT, 2013), sur 3,8 millions de consommateurs à risques, seuls 150 000 consultent, soit 4 % (8 % en Europe). Il est donc probable que de nombreux usagers restent à l'écart des soins par peur de se voir imposer une abstinence qu'ils ne veulent pas, celle-ci étant pour eux vue comme inaccessible. C'est pourquoi la con-

(3) – Alcool Assistance de la Mayenne, Maison de quartier d'Hilard, rue d'Hilard, 53000 Laval, tél. 06 20 36 99 08.

(4) – Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de la Mayenne, 90 avenue Chanzy, 53000 Laval, tél. 02 43 49 21 41, mél. anpaa53@anpaa.asso.fr, site Internet : www.anpaa.asso.fr.

sommatation contrôlée, volontaire ou prescrite, peut offrir une alternative plus souple et se révéler adaptée à des usages excessifs. « On ne remet pas en cause l'abstinence », déclare Robert Hersant. *Cependant, la consommation contrôlée pourrait être utilisée comme un maillon intermédiaire entre un excès de consommation et l'abstinence* ».

« *Même si l'abstinence paraît plus pertinente pour des personnes dépendantes, il est plus efficace de moins consommer que de ne rien changer* » (Philippe Batel, psychiatre et addictologue).

La consommation contrôlée vise à ce que la personne conserve la liberté de renoncer à consommer de l'alcool dans certaines circonstances, sans engagement formel ou attendu à court ou moyen terme vers l'abstinence. « *Il est important d'indiquer que la notion "zéro" (abstinence) existe dans la réduction des risques. C'est l'usager qui décidera au cours d'un entretien la démarche qu'il souhaite adopter face à sa consommation* », souligne Gilles Monsallier.

« Toute personne abstinente est d'abord passée par la consommation contrôlée »

« *L'esprit familial se perd autour des personnes qui sont dans un excès de consommation. Les proches sont de moins en moins présents pour accompagner un usager qui entame une démarche* », avance Gilles Monsallier. L'abstinence était autrefois « la » solution pour lutter contre les consommations excessives d'alcool, que ce soit par les familiers ou par les pairs.

Aujourd'hui, la consommation contrôlée peine encore à convaincre. Elle rencontre notamment des réticences auprès des bénévoles des mouvements d'entraide. La crainte de la ré-alcoolisation (la rechute) en est la raison principale. Cependant, aucune étude scientifique auprès des personnes dépendantes ne justifie cette appréhension. Les représentations sur la sortie de la consommation d'alcool sont encore très ancrées et sont responsables, entre autres, de l'exclusion, dans les groupes d'entraide, des consommateurs qui essaient de contrôler leur consommation. « *Toute personne qui est abstinente aujourd'hui est passée par la consommation contrôlée. On veut d'abord réduire les consommations avant d'arrêter* », indique pourtant Gilles Monsallier.

La consommation contrôlée est largement acceptée en Suisse, en Allemagne et au Canada avec des avancées significatives depuis au moins quinze ans. Sur la base de programmes spécifiques (Alcochoix par exemple), l'Allemagne accompagne des consommateurs contrôlés, et propose des sessions en dix soirées. Sous la direction d'un intervenant ou thérapeute formé, il est question d'un auto-apprentissage en vue d'une réduction des quantités d'alcool, mais aussi d'élargir la réflexion sur les contextes, les lieux, les alternatives, les ressources en cas de *craving* (désir conscient et intense de consommation de substances), la tenue d'un journal personnel. En France, un gros travail de sensibilisation reste à réaliser. Une appropriation du concept par les bénévoles ainsi que la formation des animateurs de groupe de parole permettront un meilleur accompagnement des personnes. « *La consommation contrôlée est l'occasion de faire valoir une philosophie d'intervention* », soutient Robert Hersant.

Les molécules récemment apparues, comme le Nalméfène ou le Baclofène en recommandation temporaire d'utilisation pour trois ans, laissent entrevoir des promesses pour les consommateurs excessifs. Elles contribuent à remettre en question le principe de l'abstinence comme seule voie de traitement. Leur utilisation réduit l'appétence et la motivation pour l'alcool ; elle entraîne une baisse de la consommation ainsi régulée. De plus, les progrès de la science pourraient réduire les effets secondaires avec des doses plus faibles. Ces molécules tout comme la consommation contrôlée sont des réponses parmi d'autres. La réduction des risques permet d'élargir les moyens d'accompagner les personnes. Aujourd'hui, il existe de nombreux acteurs qui travaillent en réseau pour une meilleure compréhension de cette maladie. À l'échelle individuelle et collective, il reste du chemin à parcourir pour faire accepter des accompagnements alternatifs qui permettent, non pas une guérison immédiate, mais à court terme un mieux-être des personnes.

3– Les échanges de seringues parmi les outils

L'un des ateliers a traité la réduction des risques en toxicomanie, de son historique aux derniers outils mis en place. Réunissant une douzaine de participants, professionnels de santé, étudiants et représentants de structures médico-sociales et/ou associatives, désireux d'en

savoir plus, l'atelier avait pour animateurs le Dr David Le Boulanger, médecin addictologue au Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)⁽⁵⁾ de la Mayenne et à l'Équipe de liaison et de soins en addictologie (Elsa)⁽⁶⁾ du Centre hospitalier du

(5) – Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), 31 rue du Mans, 53000 Laval, tél. 02 43 26 88 60.

(6) – Équipe de liaison et de soins en addictologie (Elsa) du Centre hospitalier du Haut-Anjou, quai Georges-Lefèvre, BP. 50405, 53204 Château-Gontier, tél. 02 43 09 33 79.

Haut-Anjou, et Vincent Meignan, chargé de projets au Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) – Aides 53 ⁽⁷⁾.

Historiquement, la notion de réduction des risques est née en France dans les années 80-90 suite à l'apparition du sida. Il s'agit d'un dispositif mis en place afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes du VIH, dont, à l'époque, 50 % étaient des usagers de drogues. « *Aujourd'hui cette part ne représente plus que 1 %* », souligne Vincent Meignan.

« Des personnes qui ont envie de se sortir de la galère »

Différents outils permettent actuellement de réduire les risques liés aux consommations de substances psychoactives, notamment le programme d'échange de seringues et du traitement de substitution aux opiacés. Grâce à ces moyens, on observe une baisse des contaminations par le VIH, ainsi qu'une diminution des overdoses. « *Au niveau du programme d'échange de seringues, dans le département, cela concerne un public de consommateurs qui n'a rien à voir avec les personnes à la rue ou les punks qui ont des chiens* », indique Vincent Meignan. D'après les statistiques pour le territoire mayennais, 75 % des consommateurs possèdent un logement et 54 % sont bénéficiaires du RSA.

« *Il y a sept ou huit ans, cinq personnes étaient suivies dans le cadre d'une substitution par le Csapa de Château-Gontier ; aujourd'hui, elles sont 100. Si on estime, en fonction des chiffres nationaux, le nombre d'usagers substitués en Mayenne par les médecins généralistes, on doit être aux alentours de 400 à 500* », déclare le Dr David Le Boulanger. Les usagers de drogues disposent de différents types d'accompagnement. Certains sont uniquement suivis par leur médecin généraliste ; d'autres préféreront le Csapa et/ou le Caarud. Ces différents ac-



Vincent Meignan, chargé de projets au Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) – Aides 53.



Dr David Le Boulanger, médecin addictologue au Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) de la Mayenne et à l'Équipe de liaison et de soins en addictologie (Elsa) du Centre hospitalier du Haut-Anjou.

teurs offrent la possibilité d'un accompagnement plus adapté aux besoins de la personne. C'est avant tout le choix de l'utilisateur qui prime.

Les médecins généralistes peuvent prescrire très rapidement, et dès une première consultation, des produits de substitution aux opiacés permettant aux patients de ne plus être en manque. Le Csapa et le Caarud proposent un accompagnement différent souvent dans un deuxième temps, plus personnalisé et pluridisciplinaire. « *Les personnes qui utilisent des produits de substitution sont des personnes qui ont envie de se sortir de la galère de l'approvisionnement, à court terme, afin d'avoir l'esprit disponible pour trouver un logement ou s'occuper des besoins de la vie quotidienne* », indique le Dr David Le Boulanger.

Les usagers de drogues qui arrivent au Caarud sont parfois orientés vers le Csapa. Le fonctionnement par le bouche-à-oreille est important, ou encore par les usagers relais qui facilitent l'approvisionnement en matériel. Une population passante qui vit en camion (environ cinq ou six couples en Mayenne pour 2013) serait aussi susceptible d'être concernée par ces dispositifs d'accompagnement. Cependant, l'accès à ces personnes pose encore question.

« *Nous avons besoin de renforcer le lien entre les familles et les usagers ; la réduction des risques n'est pas forcément comprise par les familles et plus globalement par la société* », précise Vincent Meignan. Quand les personnes sont orientées vers le Csapa, il y a souvent l'attente d'une solution immédiate alors que les processus d'intervention sont différents d'une personne à une autre. « *Il est regrettable qu'aucun représentant d'usagers n'était présent à l'atelier, ni de familles d'utilisateur, regrette le Dr David Le Boulanger. Il serait très intéressant de travailler en collaboration avec eux afin de mieux connaître les pratiques et d'accompagner plus efficacement les personnes* ».

(7) – Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) – Aides 53 : 42 rue Noémie-Hamard, 53000 Laval, tél. 02 43 49 24 43, mél. aides53@wanadoo.fr

« Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les personnes qui s'injectent des produits font attention à leur santé », assure Vincent Meignan. 60 % des personnes qui s'injectent de l'héroïne ont une hépatite C. Il faut donc faire de la sensibilisation sur les risques encourus. Les usagers eux-mêmes, comme pour les seringues de couleurs différentes, ou les stérifiltres, ont pu « inventer » des réponses techniques. Les laboratoires reprennent ces idées et développent ensuite des produits.

Un problème des représentations en France

Un gros travail reste à effectuer sur les représentations, notamment sur la considération de la consommation des produits qualifiée de « bien » ou « pas bien » ; également sur l'image que la population se fait des personnes à la rue ou des consommateurs de drogues. « Dans le cas d'une addiction, le produit est le symptôme d'un mal-être », rappelle le Dr David Le Boulanger. Il existe aussi des consommateurs heureux et fiers de l'être, comme l'exprime l'association Auto-support des usagers de drogues (ASUD).

Contrairement à l'Allemagne, il y a en France un problème des représentations, ainsi que de l'impact de la politique sur ces représentations. Les prises de décision

ne sont pas assez fondées sur les études scientifiques qui sont conduites ; les enjeux sont davantage politiques et économiques. Par exemple, l'efficacité du Totem (automate distributeur et récupérateur de seringues) est reconnue, mais il faut une décision politique pour pouvoir le mettre en place dans les villes.

Le système de répression sur l'usager aggrave les conditions de consommation et met en danger le consommateur. C'est aussi une source de dépense publique très importante sur le plan judiciaire. Légaliser l'usage pourrait signer la fin du marché noir et améliorer la santé des usagers, mais c'est aussi un système économique générateur d'importants revenus pour ses acteurs.

Les associations ont un rôle de précurseur en matière d'avancée sociale. Elles adoptent des orientations qui, lorsqu'elles deviennent très populaires, sont relayées par le gouvernement. On pourrait attendre la démarche inverse.

En 2016 aura lieu la réouverture des conventions internationales sur l'usage des drogues. La question de la dépénalisation, principalement pour le cannabis, sera abordée. « Nous espérons des évolutions », déclarent les deux intervenants.

4– Un outil adapté à tous les champs de la santé

Le Dr Albert Aflalo, médecin de prévention, et Jean-Louis Boutier pharmacien, ont animé avec l'aide de Lidka Taiarui, formatrice et animatrice à l'Anpaa 53, un atelier sur la réduction des risques en dehors de l'addictologie. La réduction des risques s'est développée dans les domaines de l'addictologie, beaucoup moins ailleurs et, pourtant, on peut l'appliquer à d'autres secteurs.

La réduction des risques est tout à fait adaptée dans le champ sanitaire : la sexualité, les maladies contagieuses,

Il faut apprendre à « déconstruire les représentations, les croyances, les habitudes ».

le diabète, l'usage de médicaments – et en particulier les médicaments psycho-actifs. Elle peut notamment concerner le champ de la prévention (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies métaboliques...). Mais quand on parle de réduction des risques, de quoi s'agit-il exactement ? Moins interdire ? Valoriser davantage l'interlocuteur ? Substituer l'interdit par la transgression ?

Le principe de la réduction des risques est de mieux faire comprendre la maladie au patient pour mieux le soigner en limitant les risques et dommages sanitaires et sociaux. Le but est de ne plus « interdire », ou plutôt de « recommander ». L'essentiel est de mettre en avant du « positif » pour pouvoir engager la discussion. En revoyant les objectifs fixés, le professionnel accepte de s'exposer, reconnaît l'autre – en l'occurrence le patient –, prend le risque d'abandonner une partie de son « pouvoir » prétendu pour se mettre à la portée de son interlocuteur et pour être plus sûr de réussir : « Vous pensez ne pas pouvoir arrêter de fumer ? Dans ce cas, voyons ensemble comment il serait possible de réduire votre consommation ».

Le professionnel sait, quant à lui, que l'arrêt de la consommation est la seule fin souhaitable, mais le dogme de



Lidka Taiarui, formatrice et animatrice à l'Anpaa 53

la seule abstinence comme solution à la dépendance tabagique s'effondre devant les larges 80 % d'échecs reconnus. « *La réduction des risques est une brèche dans ce dogme, qui bouscule nos schémas, remet en cause nos pratiques de soins, d'accompagnement, de prévention,* » déclare Jean-Louis Boutier.

« **Maintenant, on soigne des personnes** » : repenser la place du patient

C'est la philosophie de la relation à l'autre qui a permis la mise en place de la réduction des risques pour essayer de soigner de nombreuses maladies. Cela passe par le respect et la responsabilisation du patient. « *Avant, on soignait des maladies. Maintenant, on soigne des personnes* », indique le Dr Albert Aflalo. La diminution d'une consommation est peut-être un meilleur chemin que l'abstinence. La frustration conduit très souvent à l'échec. Il faut aider les personnes dépendantes à prendre confiance en elles et à trouver une motivation. L'objectif est plus modestement que tout le monde aille mieux : aussi bien le soignant que le soigné.

Avec la réduction des risques, il n'y a ni gagnant ni perdant, il n'y a pas de combat singulier entre le sachant et celui qui apprend, celui qui impose et celui qui subit. On s'enrichit dans l'interaction et c'est moins fatiguant pour tout le monde. « *Essayer d'imposer quelque chose à quelqu'un qui ne le veut pas, qui ne peut l'entendre, c'est épuisant* », souligne Jean-Louis Boutier.

Il est important que le professionnel ne juge pas, s'ajuste à l'attente du patient, tout en sachant que la réduction



Dr Albert Aflalo, médecin de prévention



Jean-Louis Boutier, pharmacien

des risques ne va pas entraîner des résultats immédiats. Le professionnel doit faire preuve d'humilité, d'empathie, et doit aussi « *vaincre ses peurs* ». La réduction des risques est en quelque sorte un pouvoir de négociation en donnant aux patients des clés de compréhension.

C'est toute la place de l'entretien motivationnel : « *Que pensez-vous pouvoir faire ? Comment allons-nous nous y prendre ? Comment se donner envie de faire mieux, d'être mieux sans frustration ? Pourquoi n'essaierait-on pas ?* » Du pouvoir on passe à la négociation, en laissant soigneusement sa part au non négociable.

Cependant, cette façon de faire n'est pas immédiate : il faut peut-être réfléchir à la formation des professionnels. Cette modalité n'est pas inscrite dans les pratiques de tous et dans les comportements. Est-ce une question de génération ? Il faut apprendre à « *déconstruire les représentations, les croyances, les habitudes* ». L'important est l'humilité dans la relation à autrui et, surtout, la prise de temps pour discuter, écouter.

« *Faire la différence entre ce qui est bien pour tout le monde et ce qui est bien pour notre patient précisément* », avance le Dr Albert Aflalo. Guérir, c'est mettre en œuvre une rationalité spécifique pour identifier la cause et la traiter.

Soigner, c'est mettre en action une autre rationalité : identifier ce dont la personne a besoin, assurer ce qui est défaillant, essayer de rétablir une autonomie, accepter les limites de sa propre intervention...et savoir l'interrompre en temps voulu. Le soin est centré sur la personne et non sur la maladie ou la technique.

5– Réduction des risques et contre-pouvoirs : l'usage, l'usager et la relation d'aide

Dans le prolongement de ces quatre ateliers, Matthieu Fieulaine et Aurélie Haas ont proposé une conférence pour tenter de modifier les représentations sociales sur les usagers de drogues.

« *Ce qui tue dans les usages de substances licites ou illicites, ce n'est pas tant les substances elles-mêmes, ce sont les postures, les discours et le regard social qui les caractérisent, et cela, on en est tous responsables* », clame Matthieu Fieulaine. Le ton de la fin d'après-midi est donné. Matthieu Fieulaine et Aurélie Haas ont déconstruit stéréotypes et préjugés devant un public captivé.



Matthieu Fieulaine, anthropologue de formation, est animateur de prévention à l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) des Bouches-du-Rhône et également président de l'Association Santé !

Selon le Code de la santé publique, « *la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse, et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ». Comme le souligne Matthieu Fieulaine, « *le Code de la santé publique exclut, de fait, la réduction des risques pour la consommation d'alcool* ».

Si la réduction des risques est efficace en termes de santé publique, précise Aurélie Haas, elle n'est possible que si les consommateurs sont respectés dans leur existence et dans leurs droits en tant que citoyens, selon les principes démocratiques rappelés par la Promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986). La réduction des risques propose de donner aux personnes davantage de maîtrise de leur propre santé, ainsi que de moyens pour l'améliorer. « *L'association Aides revendique la place de citoyens avant tout pour les usagers de drogues, avant celle de*

Un pilier de la réduction des risques : l'auto-support

La notion d'auto-support désigne le processus par lequel un groupe d'usagers intervient de manière collective pour participer à la définition de ses besoins en matière de soin, d'accompagnement et d'aide. C'est une notion fondamentale dans la réduction des risques en toxicomanie qui ne trouve pas d'équivalent dans celle pour la consommation d'alcool. Ce processus est une bonne illustration du contre-pouvoir qu'exerce la réduction des risques. Elle contribue, de ce fait, à restaurer une parole qui était alors confisquée sous prétexte qu'elle n'avait plus de valeur. Grâce à ce processus, l'usager devient acteur des projets de soin qui le concernent. L'éducation par les pairs fait partie intégrante de la philosophie de l'auto-support.

consommateurs de produits », indique Aurélie Haas.

Stigmates, exclusion et violence symbolique

Avoir un problème d'alcool : un problème pour qui ? Selon quels critères ? « *On catégorise les usages à cause de questions d'ordre moral, social et économique et pas vraiment de santé publique* », avance Matthieu Fieulaine. Que ce soit dans le secteur du bio-médical, de l'intervention sociale ou de la justice, le système impose une norme sociale des usages à laquelle on doit se soumettre. Or, on oublie que dans le cas d'une addiction, l'usage représente un besoin vital et essentiel pour l'usager.

« *Va te soigner !* » est trop souvent la réponse apportée aux usagers de drogues qui se dirigent vers les dispositifs de soins et d'hébergement. L'accès à ces services passe d'abord par un arrêt de la consommation, que



Aurélie Haas est chargée de missions nationales réduction des risques et actions en milieu pénitentiaire à Aides.

l'usager le veuille ou non, ce qui place automatiquement les personnes en situation d'exclusion.

Repenser le triptyque : usager, usage et relation d'aide

« *Le principe de notre action est que l'usager est expert de ses propres pratiques : il est capable de les nommer, les évaluer, d'en mesurer les bienfaits comme les méfaits, de faire des choix et de formuler ou pas une demande d'aide qui corresponde à la fois à ses besoins et à ses capacités de changements* », déclare Aurélie Haas. La réduction des risques propose de replacer l'usager au centre de la relation d'aide et de lui offrir la possibilité d'être en pleine et entière liberté de s'exprimer.

« *L'usage ne se définit pour nous, ni par le "combien" ni par le "pourquoi" mais par le "comment". Il est le fruit d'une histoire, d'une "carrière" et d'une manière de vivre propres à chaque individu. Il n'existe généralement que parce qu'il remplit des fonctions bénéfiques et essen-*

tielles pour l'usager », poursuit Matthieu Fieulaine.

La relation d'aide et de soins a pour objectif de ne plus laisser personne à la porte du soin. Les deux intervenants affirment le principe du respect des usages et la sanctuarisation de la « zone de confort » (niveau d'usage qui assure à l'usager une qualité de vie optimale) comme préalable afin d'en prévenir ou d'en réduire les risques et dommages induits, en considérant que c'est à cette seule condition que pourra – ou non – s'élaborer un projet de changement.

L'objectif est alors d'intervenir sur la qualité de vie de la personne et, avec elle, en vue de l'améliorer, de la stabiliser ou même seulement parfois d'en ralentir ou d'en retarder la dégradation.

La conférence s'est achevée par la présentation de deux pratiques alternatives mises en place auprès de publics différents, l'une avec des usagers de drogues en prison et l'autre avec des consommateurs d'alcool en situation de grande précarité.