

Analyse sociologique d'une expérimentation de la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RDRD) : le cas du CAARUD de Rimbaud

Rédigé par : BA Nayé, anciennement stagiaire au sein de l'équipe du CAARUD de l'Association Rimbaud - avril à juillet 2024

Résumé : Mise en application dans un contexte d'urgence sanitaire lié à l'épidémie du sida, la réduction des risques (RdR), visant principalement les drogues injectables au départ, avait pour principal objectif de réduire les risques de contamination par voie intraveineuse. Bien que compliquée à mettre en place à cause de la loi de 1970 visant à pénaliser l'usage de drogues, la politique de réduction des risques s'est progressivement développée, non sans mal, et s'est élargie à d'autres substances psychoactives telles que le tabac ou l'alcool. L'alcool bien que socialement accepté, fait émerger le paradoxe du bien boire et du mal boire, de la consommation modérée socialement intégrée et de l'ivresse stigmatisée et punie par la loi. Cet article se propose ainsi d'étudier ce nouvel outil de réduction des risques alcool comme vecteur de conflits en termes d'acceptation sociale au sein de structures telles que les CAARUD.

Mots-clés : RdR – Alcool – Politiques publiques – société – CAARUD – expérimentation – stigmatisation – normes sociales – acceptation sociale – objet conflictuel

Abstract : Implemented in the context of a health emergency linked to the AIDS epidemic, harm reduction, initially aimed mainly at injecting drugs, was primarily intended to reduce the risk of intravenous contamination. Although complicated to put in place because of the 1970 law penalising drug use, the harm reduction policy gradually developed, not without difficulty, and was extended to other psychoactive substances such as tobacco and alcohol. Although alcohol is socially accepted, it gives rise to the paradox of good drinking and bad drinking, of moderate drinking that is socially accepted and drunkenness that is stigmatised and punished by law. This article sets out to study the harm reduction tool alcohol as a vector of conflict in terms of social acceptance within structures such as CAARUDs.

Keywords : Harm reduction – alcohol – public policies – society – drug users – experimentation – stigmatisation – social rules – social acceptability – conflict object

Introduction

En France, l'alcool a toujours été central dans la culture et l'économie, bien que ses effets néfastes aient été progressivement reconnus. Des régulations ont été tentées comme la Prohibition américaine qui a plutôt favorisé la criminalité et le marché noir menant à son abrogation. En France, malgré diverses mesures restrictives, la production et la vente d'alcool ont repris, avec une propagande accrue. Selon H. Becker, la déviance n'est pas une qualité inhérente à un acte, mais résulte des jugements sociaux portés sur cet acte. L'alcoolisme est ainsi défini comme déviant non pas par la consommation d'alcool elle-même, mais par les réactions sociales qu'elle suscite. Il souligne que la stigmatisation de l'alcoolisme varie en fonction des normes sociales et des contextes culturels. Cette variabilité met en lumière la construction de la déviance liée à l'alcoolisme. M. F. Maranda montre comment, historiquement, l'alcoolisme a été considéré comme une faiblesse morale ou une faute personnelle. Cependant, au cours du 19^{ème} et 20^{ème} siècles, cette perspective a évolué vers une approche qui voit l'alcoolisme comme une maladie influencée par des facteurs sociaux et économiques. Elle souligne que l'alcoolisme est le reflet de conditions de vie difficiles, telles que la précarité ou des environnements de travail stressants. Cette approche permet de voir l'alcoolisme non seulement comme un problème individuel, mais aussi comme un symptôme de problèmes structurels. L. Gaussot montre que les représentations de l'alcoolisme sont enracinées dans les valeurs culturelles et varient entre les sociétés. Il note que dans certaines cultures, comme en France, une consommation modérée de vin est valorisée, tandis que l'ivresse excessive est fortement stigmatisée. Cette distinction entre « bien boire » et « mal boire » reflète des normes sociales sur la consommation d'alcool et contribue à la construction de l'alcoolisme comme une déviance. L'émergence de la RdR s'est d'abord concentrée sur les drogues illicites, introduisant une approche visant à minimiser les dommages associés à leur usage sans promouvoir la consommation. Plus récemment, la RdR alcool a suscité un nouveau questionnement sur le rapport de la société à cette substance, souvent perçue comme socialement acceptable malgré ses risques pour la santé publique. Ces diverses réflexions m'ont poussé à explorer comment la mise en place de la RdR alcool au sein d'un CAARUD vient questionner les représentations sociales de l'utilisateur de drogues et par extension du produit alcool et son usage dans la société, et comment peut-il devenir un objet conflictuel en termes d'acceptation sociale ? Pour répondre à cette question, j'ai choisi comme terrain d'étude le CAARUD de l'association Rimbaud, intégré à un centre de soin. J'y ai passé trois mois, rencontrant et passant du temps avec les usagers. J'ai conduit des entretiens avec des salariées du CAARUD de Rimbaud et d'autres structures, tout en échangeant informellement avec les autres salariés du centre de soin. J'ai observé l'expérimentation de la RdR alcool au sein du CAARUD, contribuant aussi à l'élaboration du bilan de cette expérimentation. Je discuterai d'abord de la RdR alcool comme un nouvel outil de soin interrogeant le rapport à l'alcool dans la société et les politiques publiques. Ensuite, j'examinerai les nouveaux questionnements soulevés par la RdR alcool qui redéfinissent l'offre de soin pour les usagers de drogues. Enfin, je me concentrerai sur le CAARUD de Rimbaud en mettant en lumière l'expérience vécue au sein de cet établissement. Par souci d'anonymat, tous les prénoms ont été modifiés.

La RdR alcool comme nouvel outil de soin venant questionner la valeur sociale de l'alcool

Ce sont des pays à forte culture de santé publique tels que la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas qui ont initié les premières pratiques de RdR. Dans ces pays, les débats ont vite trouvé un consensus pour admettre qu'interdire l'usage de drogue ne devait pas empêcher les usagers de protéger leur santé. En France, la mise en place des PES (programmes d'échanges de seringues) et la distribution de matériel stérile ont marqué les premières étapes de cette approche (Jouffret-Roustide, 2020). Ces initiatives ont été motivées par une urgence sanitaire nécessitant des mesures rapides pour limiter la propagation de maladies infectieuses (Schmitt & Jouffret-Roustide, 2007). La loi de 1970, interdisant l'usage et la possession de drogues, a limité les possibilités de mise en place de stratégies de RdR, insistant sur la répression plutôt que sur le soin et la prévention (INPES, 2017). La criminalisation des consommateurs de drogues a conduit à la marginalisation et la stigmatisation des usagers, rendant difficile leur accès aux services de santé. Cette approche dissuade les individus de rechercher de l'aide, de peur d'être criminalisés, ce qui complique la mise en œuvre des programmes de RdR (Jouffret-Roustide, 2019). De plus, les initiatives de RdR, telles que les SCMR (salles de consommation à moindre risques) ont souvent été perçues comme encourageant la consommation de drogues et ont été confrontées à une forte opposition politique et sociale. Celle-ci a retardé leur implantation et leur expansion en France, malgré les preuves de leur efficacité. Aussi, le cadre juridique en France est resté longtemps hostile aux innovations en matière de RdR. Les efforts pour introduire des politiques plus flexibles ont été freinés par une résistance institutionnelle et politique, ayant une vision moraliste de l'usage des drogues (Jouffret-Roustide & Barré, 2015). Aussi, la mise en œuvre des mesures de RdR est également influencée par la hiérarchisation entre les lois de santé publique et les lois pénales. Ces dernières priorisant la criminalisation de certains comportements à la prévention.

Une différence de traitement entre la RdR et la RdR alcool

La RdR a d'abord ciblé les substances illicites, souvent injectables, comme l'héroïne ou la cocaïne, où les risques sanitaires comme la transmission de maladies infectieuses sont majeurs. En revanche, l'alcool, bien que légal et s'ingérant, pose des risques différents. Les mesures de RdR alcool doivent donc aborder des problématiques de santé publique spécifiques, telles que la prévention des comportements à risque, la limitation des consommations excessives et la gestion des situations de dépendance (Schmidt et al., 2016). Si l'alcool est socialement accepté et sa consommation largement intégrée dans les pratiques culturelles, cela n'efface pas la complexité pour mettre en place des mesures de RdR. Contrairement aux drogues illicites, la réglementation de l'alcool repose souvent sur des mesures de prévention et de contrôle social, comme la régulation de la publicité et la taxation des produits alcoolisés. Cependant, ces mesures se heurtent à des résistances notamment en raison des lobbies de l'industrie de l'alcool et des traditions culturelles qui valorisent cette consommation (Room, 2011). Les efforts pour promouvoir une consommation responsable d'alcool demandent une coordination complexe

entre politiques de santé publique, réglementations commerciales et pratiques culturelles. De plus, les stratégies de RdR incluent des interventions spécifiques mais pour l'alcool, les approches sont différentes et plus subtiles. Ces interventions doivent avancer dans un cadre où l'alcool est à la fois un produit commercial et un élément de la vie sociale, compliquant leur mise en œuvre et leur acceptation. Les actions de RdR alcool sont parfois mieux acceptées grâce à la légalité et la consommation courante d'alcool, mais rencontrent néanmoins des obstacles. La stigmatisation des personnes souffrant de dépendance à l'alcool reste forte, et les initiatives visant à réduire les risques liés à cette consommation peuvent être perçues comme un manque de responsabilité individuelle ou une tolérance envers l'abus d'alcool (Schmidt et al., 2016). De plus, les politiques de RdR doivent composer avec des perceptions publiques qui oscillent entre acceptation sociale de la consommation d'alcool et condamnation morale de ses abus.

Un retard français dans l'évolution des pratiques

Comparée à la Suisse ou les Pays-Bas, la France accuse un retard significatif dans l'adoption et l'extension des pratiques de RdR (Schmitt & Jouffret-Roustide, 2022) à cause d'une réticence institutionnelle à accepter des modèles qui reconnaissent l'usage de drogues comme une réalité plutôt que comme un problème à éradiquer (Jouffret-Roustide, 2010). De plus, une résistance culturelle à la RdR existe, perçue comme l'abandon du principe d'abstinence. M. Jouffret-Roustide met en lumière les enjeux sociologiques liés à la RdR, notamment en ce qui concerne la nécessité de repenser les politiques de santé pour intégrer une approche plus inclusive et respectueuse des droits des usagers. Elle souligne que la RdR ne doit pas se limiter à une approche sanitaire mais doit également intégrer des dimensions sociales, politiques et culturelles pour être efficace (Jouffret-Roustide, 2019). L'idée est de passer d'une logique de culpabilisation à celle de l'accompagnement et de responsabilisation des usagers. Ce changement de paradigme est crucial pour développer des politiques considérant les usagers comme des acteurs de leur santé, capables de gérer leur consommation de façon autonome et informée (Jouffret-Roustide, 2021). Pour combler le retard français en matière de RdR, il est essentiel d'adopter une approche plus ouverte et flexible. Mais il semble également important d'encourager la participation active des usagers dans la conception et la mise en œuvre des politiques de RdR, en reconnaissant leur expertise et en les impliquant dans les processus décisionnels (Jouffret-Roustide, 2020).

Des questionnements qui redéfinissent l'offre de soin et d'accompagnement

La RdR alcool a émergé comme une innovation en France, notamment avec l'adoption de la loi de 2016 qui a inclus les risques liés à l'alcool dans les politiques de santé publique. Cette loi marque un tournant en reconnaissant la nécessité d'interventions spécifiques pour réduire les dommages associés à la consommation d'alcool, au-delà des approches traditionnelles centrées sur l'abstinence. La RdR alcool se définit comme un ensemble de stratégies visant à minimiser les conséquences négatives de la consommation d'alcool sur la santé des individus et la société,

sans nécessairement exiger l'arrêt complet de la consommation (Babor et al., 2010). L'un des principes les plus importants est d'encourager les individus à prendre des décisions informées et autonomes concernant leur consommation d'alcool, en leur offrant des ressources pour gérer leur consommation de manière responsable (Lalander & Herz, 2013). Contrairement à une approche exclusive de l'abstinence, la RdR alcool se positionne comme un complément dans le continuum des soins pour les personnes consommant de l'alcool. Cette approche reconnaît que, pour certains individus, l'objectif de RdR peut être plus accessible et pertinent que l'abstinence totale, tout en ne s'opposant pas à celle-ci pour les personnes qui la choisissent (Marlatt & Witkiewitz, 2010). L'intégration de la RdR alcool dans les politiques de santé redéfinit l'offre de soins et d'accompagnement des usagers de drogue. En traitant l'alcoolisme non pas comme une déviance morale mais comme une question de santé publique, la RdR alcool contribue à réduire la stigmatisation et à encourager une prise en charge plus précoce et plus complète des problèmes liés à l'alcool (Room, 2011). En impliquant les usagers dans la conception des programmes de RdR, cette approche favorise l'auto-gestion et l'auto-support, améliorant ainsi l'efficacité des interventions et l'adhésion des usagers aux programmes de soins (Lalander & Herz, 2013). Ainsi, la RdR alcool se présente comme une approche pragmatique et humaine pour aborder les problèmes de consommation d'alcool, en offrant une alternative viable et complémentaire à l'abstinence, et en redéfinissant le cadre de l'accompagnement et des soins offerts aux usagers. Elle ouvre ainsi la voie à une prise en charge plus inclusive et diversifiée, adaptée aux réalités et aux besoins des individus.

La carrière d'utilisateur et l'identité de consommateur

La notion de carrière d'utilisateur, définie par Becker, se réfère à l'évolution progressive des comportements de consommation et des identités associées à la consommation de substances. Pour l'alcool, cette carrière commence souvent par une consommation occasionnelle pouvant évoluer vers des habitudes régulières ou dites problématiques. Les individus développent alors une identité en lien avec leur consommation, ce qui influence leur perception de soi et leurs interactions sociales. L'approche RdR alcool reconnaît cette trajectoire et propose des interventions adaptées à chaque étape de la carrière d'utilisateur, permettant ainsi une prise en charge plus nuancée et respectueuse des parcours individuels (Room, 2005). Elle vise à minimiser les dommages tout en prenant en compte la réalité de la consommation. La phrase "je bois donc je suis" illustre la manière dont l'alcool peut devenir une part intégrante de l'identité personnelle et sociale des individus. Selon E. Goffman, l'alcool peut servir de mécanisme d'identification et de socialisation, où la consommation devient un élément central de la vie sociale et personnelle. Cette intégration de l'alcool dans l'identité peut conduire à une résistance face aux interventions qui promeuvent l'abstinence, perçue comme une menace pour cette identité construite autour de l'alcool (Goffman, 1963). La RdR alcool propose une approche plus flexible qui ne demande pas nécessairement de renoncer à cette partie de soi.

Un changement de paradigme : de l'abstinence à la réduction des risques

L'un des problèmes dans la prise en charge des consommateurs d'alcool est le retard, voire le non-recours aux soins. En France, l'abstinence a longtemps été perçue comme le seul objectif valable, ce qui a pu dissuader de nombreuses personnes de chercher de l'aide, par peur de la stigmatisation ou de l'échec (Jouffret-Roustide, 2013). L'approche RdR réduit les barrières à l'accès aux soins, encourageant ainsi un plus grand nombre de personnes à rechercher de l'aide. En valorisant la réduction progressive de la consommation et l'amélioration des comportements liés à l'alcool, la RdR alcool ouvre la porte à des interventions plus précoces et plus inclusives (Marlatt & Witkiewitz, 2010). De plus, pour de nombreux usagers, cette approche peut être déstabilisante car elle remet en question les messages entendus tout au long de leur carrière d'usager. Aussi, l'accent mis sur l'abstinence peut avoir renforcé une vision dichotomique de la sobriété comme seule solution, conduisant certains à se sentir en échec lorsqu'ils n'y arrivent pas (Klingemann & Gmel, 2001). La RdR alcool propose un discours alternatif permettant aux usagers de se réappropriier leur parcours de soin sans culpabilité ni stigmatisation (Room, 2005).

La RdR alcool au cœur logement

La RdR alcool occupe une place dans le contexte du logement, en particulier pour les personnes en situation de précarité ou de sans-abrisme. Les centres d'hébergement peuvent restreindre les libertés individuelles des résidents avec les règles mises en place pour garantir la sécurité et l'ordre, mais peuvent parfois entrer en conflit avec le respect des libertés individuelles des usagers (Foucault, 1975). Ainsi, la RdR alcool cherche à équilibrer la liberté de consommer de l'alcool avec la nécessité de maintenir un environnement sûr. Ainsi, elle respecte l'autonomie des usagers tout en réduisant les risques associés à la consommation (Beck, 2020). L'alcool, bien que légal, est souvent perçu de manière ambivalente dans les centres d'hébergement. Cette dualité complique les règles qui respectent la liberté des individus et les exigences de la vie communautaire. De plus, J-P Couteron évoque la notion de la qualité soignante de l'alcool en soulignant que l'alcool peut jouer un rôle de médiation thérapeutique pour les personnes en situation de grande précarité. L'alcool, en tant que "médicament de l'âme", peut offrir un répit pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Cette idée repose sur le concept « d'agir dans les zones grises », où l'alcool peut également servir de palliatif pour des souffrances qui ne trouvent pas d'autre réponse immédiate (Couteron, 2023). En ce sens, la RdR alcool cherche également à valoriser l'alcool comme un moyen temporaire d'apaiser des souffrances profondes. Il faut également noter que la transition de la rue à un logement est un processus complexe pour les personnes en situation de précarité. La consommation d'alcool, souvent utilisée comme mécanisme d'adaptation à la vie dans la rue, doit être considérée lors de cette transition. Mais, contrairement aux drogues illicites, l'alcool est souvent perçu comme une partie intégrante de la vie sociale, ce qui peut compliquer la mise en œuvre de politiques de RdR dans les centres d'hébergement. S. Beck souligne l'importance de prendre en compte la manière dont l'alcool est intégré dans la vie quotidienne des usagers, en particulier ceux en situation de sans-abrisme. Les centres d'hébergement doivent trouver un équilibre entre l'autonomie des résidents et la nécessité de maintenir un environnement sécurisé pour tous.

La RdR alcool au CAARUD de l'association Rimbaud

Le centre de soin Rimbaud est implanté dans une commune urbaine plutôt dense, connue pour son passé industriel, alternant entre paysages urbains et ruraux. Ce centre d'addictologie comprend un CSAPA réparti sur deux sites, un CAARUD, une Communauté Thérapeutique ainsi que plusieurs CJC sur son territoire. Le CAARUD a enrichi ses missions au fil des années comme la gestion d'un collectif d'intervention pour la RdR en milieu festif. Les missions du CAARUD de Rimbaud sont alignées sur celles définies par la loi de santé publique de 2004, intégrant la RdR dans les politiques publiques. Ainsi, le CAARUD travaille à établir un lien de confiance avec les usagers à travers des démarches de RdR. Depuis plusieurs années, l'équipe, composée de 4 salariées, s'efforce de travailler sur la question de la RdR alcool. Cependant, pourquoi mettre en place un projet formel et délimité visant à autoriser la consommation d'alcool dans les locaux du CAARUD ? Lors de mes entretiens, j'ai constaté que l'alcool est le produit dont on parle le moins. La question de l'alcool est-elle taboue ou banalisée ? Quoi qu'il en soit, elle est bien présente et, jusqu'en janvier 2024, au CAARUD de Rimbaud, elle n'était pas autorisée sur les temps d'accueil collectifs. À l'origine du projet, on trouve deux salariées et plusieurs constats. En effet, il a été observé que l'alcool était l'un des produits les plus consommés par les personnes fréquentant le CAARUD et que les personnes consommaient massivement à l'entrée du CAARUD. Ainsi, dans cette partie, je détaillerai les étapes qui ont conduit à la mise en place de ce projet de RdR alcool.

Des constats et des conditions à l'expérimentation de RdR alcool

L'instauration de la RDRD alcool au CAARUD découle de plusieurs constats ayant mené à cette réflexion. Il s'agit d'aborder la notion de zone de confort comme point de départ de cette réflexion sur les outils de RdR. Pour les personnes consommant de l'alcool de manière régulière, voire quotidienne, la zone de confort est primordiale. Il est également important de reconnaître que les consommations existent et qu'un usager peut arriver en entretien avec une canette dissimulée dans sa poche. Lui demander de la laisser dehors comporte le risque qu'elle soit bue, renversée ou volée, ce qui compromettrait l'entretien. Les salariées, déjà sensibilisées à cette question par leur pratique quotidienne, expliquent que ce type de situation peut nuire à leur accompagnement. Diverses approches ont été tentées pour permettre à l'utilisateur d'exprimer des besoins tels que le manque. Pour éviter que la consommation ne perturbe l'entretien et que la situation ne devienne trop envahissante, des solutions comme poser la canette sur la table aidaient les professionnelles à mener les entretiens, en réduisant une certaine pression.

« Je préférerais que la canette soit posée sur la table plutôt que la personne soit envahie par la canette ouverte dans la poche »

« Maintenant que c'est ok, on peut le mettre en place, ça fait descendre une espèce de pression ».

Cette pression renvoyait à une forme d'inconfort et de "flicage" quant à la manière dont l'usager se présentait. C'est ainsi que la RdR alcool a commencé bien avant la mise en place officielle de la possibilité de consommer dans les locaux du CAARUD. Travailler sur la zone de confort revient à créer un état, physique ou émotionnel, qui préserve un espace bienveillant et rassurant permettant au professionnel de « renvoyer des choses » sur les consommations. La RdR alcool ne consiste pas seulement à questionner la quantité consommée, mais à examiner l'état global de la personne. Ainsi, le savoir expérientiel des personnes doit être pris en compte. De plus, l'équipe ne cherche pas à aborder la question sous l'angle du produit, mais à déconstruire le lien avec la consommation.

« on n'a pas une approche produit, on va venir déconstruire avec les personnes le lien à leur consommation »

Le fil conducteur de cette réflexion est d'offrir à l'usager la possibilité de consommer autrement, de discuter des pratiques de consommation et d'introduire la notion de boire plaisir en opposition à boire besoin. Si la RdR parle de limiter les risques, la RDRD ajoute la notion de « dommages ». Parmi ces dommages, il y a par exemple des problèmes liés à l'acceptation sociale par le voisinage. En raison de ce rapport dedans-dehors, des plaintes ont été déposées par le voisinage. Les usagers consommaient beaucoup devant le centre, créant des situations parfois délicates affectant le voisinage. Alors que les autres modes de consommation associés à d'autres substances reposent sur des outils concrets...

« Faut dire que la RdR on sait faire avec tous les autres produits parce qu'on a du matériel à mettre en face, pour l'alcool on n'a rien à mettre en face donc c'est ça qui est compliqué »

...la mise en pratique de la RdR alcool nécessite la définition de nouveaux outils et de leurs limites. Penser la RDRD alcool a nécessité une réflexion approfondie sur son apport potentiel à la structure, plutôt qu'une simple transposition des pratiques existant ailleurs. Donner du sens à cette pratique était la principale préoccupation, même si ce qui fonctionne ailleurs n'est pas reproductible de manière identique. Quels sont les bénéfices de cette approche ?

« se dire qu'est-ce que ça changerait et quel est le bénéfice à mettre ça en place ? »

Pourquoi permettre l'accès à la consommation d'alcool de manière tangible dans les locaux de la structure ? Pour un produit parmi les plus consommés par les usagers du CAARUD, il était pourtant facile de sombrer dans le non-dit.

« on est centre de soin en addictologie mais en fait on peut facilement tomber dans un truc de on n'en parle pas »

L'intérêt de la démarche est rapidement apparu, mais le temps de la réflexion n'a pas été précipité. Expérimenter oui, mais pas n'importe comment. L'agencement de l'espace a émergé lors des discussions car il était crucial de ne pas mettre en difficulté les usagers du CSAPA, avec lesquels les locaux sont partagés. Cependant, cette situation instaure le dialogue, de la « *matière à travailler* ». La réflexion initiée par des constats, n'a pu aboutir que grâce à la confiance et la proximité établies par les professionnelles avec les usagers et la temporalité des accompagnements.

« On connaît les usagers, on crée du lien avec eux, ça s'inscrit sur la durée »

Un travail de (dé)construction global(e)

Ce travail autour de la RdR alcool a mené à une déconstruction des représentations et à la rédaction d'un projet. L'idée de cette expérimentation visait à décaler les pratiques en ajoutant un outil supplémentaire, voire complémentaire à celui de l'abstinence. Les nouveaux questionnements ont fait surgir des réticences et des craintes concernant le projet. Mes entretiens ont montré que ces craintes étaient souvent liées à des représentations ancrées, une absence de déconstruction de celles-ci et de projections. Avec la clarification des missions des deux services, CSAPA et CAARUD, il est apparu un besoin d'identification du CSAPA autour de la question de l'abstinence, faisant peut-être émerger des représentations liées à la précarité des usagers du CAARUD, même lorsque tous ne se trouvent pas dans cette situation. Des craintes concernant la volonté d'introduire des substances illicites ont aussi émergé sans susciter d'inquiétudes du côté du CAARUD qui a toujours été clair sur le cadre légal des substances. Si le projet a pris six ans pour voir le jour, divers obstacles ont freiné son avancement et sa validation. Penser un tel projet, c'est aussi se confronter à ses propres représentations pour offrir une plus-value dans l'accompagnement des usagers. L'écrit de ce projet, remis en question aujourd'hui, a été formulé, dans un cadre pensé non pas pour servir les intérêts de l'équipe mais pour garantir la réalisation de l'expérimentation. Certains points, conçus pour rassurer, ont pu mettre l'équipe du CAARUD en difficulté, notamment concernant les unités d'alcool ou le type d'alcool consommé. De plus, l'intérêt de dialoguer avec le personnel du centre de soins était de déconstruire une vision unique du soin passant par l'abstinence et de cesser de stigmatiser l'utilisateur qui n'y parvient pas. C'est tout l'enjeu de la RdR alcool : permettre à l'utilisateur de prendre conscience de ses compétences...

« des gens qui ont des compétences et qui ne s'autorisent pas à mettre en pratique ces compétences parce qu'ils boivent »

...et l'encourager à les utiliser pour prendre du plaisir sans se punir. J'ai aussi relevé que certaines craintes étaient principalement liées à la vision opposant soin et RdR, alors que pour Camille, éducatrice spécialisée au CAARUD « *la RdR, c'est du soin* ». Elle défend l'idée que consommer sous le regard de professionnelles en addictologie n'est pas équivalent à consommer dans l'espace public. Pour l'équipe du CAARUD, voir des usagers consommer devant elles interroge certes leurs pratiques, mais cela s'intègre naturellement dans leur travail et leur maîtrise de la RdR.

« Nous une fois qu'on est bien inscrits dans notre travail, qu'on maîtrise la question de la RdR comme on la maîtrise aujourd'hui, c'est pas un problème »

La peur de l'incitation, où les représentations dominent et remettent en question la RdR reste encore d'actualité. Les inquiétudes générales, qu'elles émanent des usagers, de l'institution ou du CSAPA, concernaient les comportements problématiques et les débordements liés à l'alcool. La vraie question était de savoir si l'équipe saurait maintenir le cadre sans se laisser dépasser. Mais le cadre que les salariées instaurent ne change pas avec la présence de l'alcool sur l'accueil, leur mot d'ordre étant que le comportement prime. Il restait à savoir quel impact cette mesure aurait sur les usagers du CSAPA qui se retrouveraient confrontés à la consommation d'alcool lors des rendez-vous au centre de soins. Ce récit révèle une lutte entre les représentations des professionnelles issues de différentes trajectoires. À travers ce projet et la volonté de déconstruire les représentations, l'objectif est de proposer un discours cohérent aux usagers.

L'expérimentation complexifiée par la valeur sociale de l'alcool

Les représentations associées aux usagers d'alcool ont rendu la RDRD alcool particulièrement complexe. L'alcool, omniprésent dans la société française, expose constamment les personnes dépendantes à des confrontations et complique la situation de celles en quête d'abstinence.

« mais en fait l'alcool quand ils vont faire leur course, y en de partout donc ils y sont tout le temps confrontés et justement c'est de la matière à travailler avec eux derrière »

De plus, la complexité du statut juridique de l'alcool en France a nécessité une réflexion sur son impact et sur le cadre mis en place par l'équipe. La pénalisation de l'ivresse publique renforce l'image négative des usagers lorsqu'ils consomment de l'alcool devant le centre de soins. En reconnaissant que l'alcoolisme est une pathologie, Camille m'explique que certains comportements ne traduisent pas une recherche de plaisir, mais sont plutôt liés à ce qu'elle appelle la consommation besoin.

« Je suis pas sûre qu'il y ait énormément de plaisir à avoir ces comportement-là, on est vraiment sur de la consommation besoin »

La question des drogues reste taboue en France. Offrir un lieu sûr et bienveillant à travers l'accueil collectif permet de réhumaniser les usagers, en les voyant non seulement comme des consommateurs mais surtout comme des personnes dignes de respect. Cela permet d'échanger sur d'autres sujets que la consommation, et de contrecarrer la diabolisation des drogues et de ceux qui en font usage, souvent véhiculée par les médias. De plus, comme le précise Camille, les usagers de drogues souffrent d'une « *maladie du lien* », expression qui reconnaît que cette situation résulte d'une tentative de résoudre un problème à un moment donné de la vie. Fournir un espace pour libérer la parole sur les consommations permet de lutter contre la solitude et l'isolement, pouvant pousser à une « rechute » en cas d'expérimentation de l'abstinence, et exacerbant le sentiment d'échec et de culpabilité. La consommation problématique d'alcool est souvent une réponse à une souffrance, une solution temporaire ou une béquille.

« Sa béquille c'est l'alcool, c'est la drogue voilà et bah si t'enlève la béquille et que t'as pas réparé la jambe et bah la personne se casse la gueule »

La place de l'alcool dans la société est marquée par un paradoxe entre consommation modérée et consommation excessive, et l'image stigmatisante projetée par la société à l'égard des personnes rencontrant des difficultés à gérer leur consommation renforce leur sentiment d'isolement. Dans cette optique de RdR alcool, la libération de la parole sur ces consommations aide également à questionner le mode de vie des personnes concernées et à les aider à retrouver un équilibre. Il s'agit également, à travers la manière dont les professionnelles agissent, de leur redonner confiance en leur montrant qu'ils ont le pouvoir d'agir et qu'ils ont le droit de trouver du plaisir dans d'autres activités que la consommation ou en parallèle de celle-ci, ce qui constitue l'essence même de la démarche des professionnelles en CAARUD.

Un bilan et des retours critiques de l'expérimentation

Un mois après l'autorisation de consommer de l'alcool dans les locaux, les usagers ont exprimé lors d'un repas collectif leurs craintes et réticences persistantes face à des débordements potentiels et une consommation abusive sur l'accueil. Ensuite, il est apparu que pour certains, la RDRD alcool les incite à boire moins et à un rythme plus modéré. Ils ont notamment souligné :

« En fait, finalement, on boit moins, on se retient un peu plus »

Aussi, bien que certains se soient senti mal à l'aise à l'idée de consommer sur l'accueil, ils se sont tout de même autorisés à consommer dans ce cadre. Ils commencent aussi à comprendre que la RDRD est aussi du soin.

« Le soin évolue, c'est intéressant, ça change nos habitudes »

D'autres parlent de respect envers les autres usagers, manifestant de la tolérance pour ceux qui consomment. Lors du repas suivant, auquel j'ai participé, il en ressort qu'après quatre mois de

mise en place du projet, les craintes, réticences et aspects négatifs ont disparu des discours des usagers. On observe également une évolution dans la perception que les usagers ont d'eux-mêmes, ainsi que les premiers retours critiques concernant la RDRD alcool, notamment sur les questions de quantité, de partage et de contenant.

*« On boit moins quand c'est dans un verre que quand on boit dans la canette, on apprécie mieux.
On boit moins vite »*

A l'issue de mes entretiens avec certains d'entre eux, ils ont confié :

*« On craignait les violences, des insultes, des débordements liés au comportement
principalement »*

« Au début, on avait peur que certains se bourrent la gueule »

Après plusieurs mois d'expérimentation, le discours des usagers a évolué. Aujourd'hui, ils reconnaissent les avantages de pouvoir consommer sur l'accueil, car cela évite de boire rapidement et en extérieur. Ils apprécient la libération de la parole et la possibilité de discuter de leurs consommations et d'autres sujets, notant un meilleur investissement de l'espace et une augmentation des échanges depuis cette possibilité.

« C'est plus convivial maintenant »

*« On peut aussi faire plus connaissance avec les autres alors qu'avant, on passait moins de
temps à l'accueil et on restait souvent à l'extérieur »*

Les usagers arrivent à formuler des critiques sur leurs consommations, notamment sur les quantités et leur manière de consommer.

« On boit moins rapidement avec des verres »

« Ça me permet de partager ma bière »

« Je bois dans des verres, même chez moi »

« Je vois ce que je bois »

C'est cette gestion des consommations qui se développe et les retours et constats des usagers viennent compléter et confirmer les observations de l'équipe. La RDRD alcool au sein du CAARUD favorise des échanges collectifs autour des consommations d'alcool et d'autres substances psychoactives. Cette dynamique de groupe et de pair-aidance encourage un meilleur investissement de l'accueil collectif par les usagers, qui restent plus longtemps, prennent part aux échanges et aux activités proposées. Cette expérimentation montre également que, de manière générale, les consommations d'alcool sont mieux régulées. Certains usagers consomment des

canettes plus petites qu'auparavant et d'autres laissent leur canette à l'intérieur lorsqu'ils sortent fumer une cigarette. Lorsqu'ils arrivent, ils consomment systématiquement, pour la plupart, un café ou une autre boisson avant de passer à l'alcool. De plus, ils se rendent compte qu'ils respectent toujours le cadre établi et que le regard des professionnels n'est pas modifié à leur égard. Aujourd'hui, les canettes sont posées et ne sont plus cachées. Cela permet non seulement de libérer la parole, mais aussi de réduire une pression ressentie autant par les usagers que par les professionnels. Cependant, en mettant en pratique la RDRD alcool, les salariées ont constaté que le projet initial s'appuyait sur certaines de leurs représentations et celles de l'ensemble du personnel du centre de soin. Les salariées évoquent même cette « connerie » à l'égard de certains des points du cadre après les avoir expérimentés pendant quelques mois. Il leur a donc semblé pertinent de faire une autocritique et de proposer des ajustements lors du bilan du 29 mai 2024. La limitation à deux unités d'alcool s'est avérée difficile à maintenir car la zone de confort varie d'une personne à l'autre. Coralie, éducatrice spécialisée au CAARUD, explique :

« On est quand même en lien avec des gens pour qui deux unités d'alcool, en dose bar, ne sont pas suffisantes pour atteindre leur zone de confort »

Aussi, la restriction à la bière et au vin ne semble plus pertinente. Selon le degré d'alcool de la bière, elle peut être plus forte qu'un autre alcool.

« Deux Ricard en termes d'unités d'alcool, c'est moins que deux 8-6 en termes de degrés d'alcool »

Les pratiques de consommation, l'attitude de l'utilisateur et son état d'esprit sont plus importants que le type d'alcool consommé. L'idée est d'utiliser la consommation comme un outil pour verbaliser les ressentis de l'utilisateur. Léa, infirmière, explique :

« Pour nous, ce sont des outils de discussion, et ça ne nous empêchera pas de tenir notre cadre ! Que l'alcool soit présent ou non, le respect et le règlement restent les mêmes. »

Cela montre que les usagers sont considérés comme des experts de leurs propres besoins en termes de quantité et de degré d'alcool, et que leur expérience est valorisée. Par ailleurs, le projet initial interdisait le partage de sa consommation avec d'autres. En pratique, certains usagers partagent leur bière pour réduire leur consommation, il n'y a pas d'incitation à boire. Camille raconte :

« Lors d'un repas en février, ils ont partagé un Ricard, et en réalité, ils ont moins bu que s'ils avaient consommé de la bière. »

Aujourd'hui, des verres en verre sont systématiquement proposés aux usagers. La question de la graduation n'est pas essentielle car ce qui compte pour l'équipe est le « comment » et non le « combien », en rapport à la zone de confort. De plus, l'équipe organise, autant que possible, des

repas collectifs pour créer un espace d'échange autour du fonctionnement du service du CAARUD et pour intégrer la parole des usagers dans l'évolution des projets. Expérimenter la consommation d'alcool pendant ces repas a introduit la notion de plaisir et de convivialité, permettant d'éviter les allers-retours à l'extérieur pour consommer, et de discuter de l'accord entre type d'alcool et plats préparés.

« Partager ce moment de plaisir, mettre des mots dessus, sur le fait de boire tel verre de vin avec tel plat »

La possibilité de partager un verre de vin avec les usagers lors des repas, non pas pour consommer avec eux, mais pour démontrer la notion de plaisir et déconstruire les représentations liées à l'alcool a été questionnée.

« Cela me semble pertinent pour continuer à déstigmatiser cette consommation d'alcool. Et dire que boire de l'alcool devant nous ne nous manque pas de respect, c'est vivre notre discours »

Enfin, une charte semble difficile à mettre en place à ce jour en raison de la difficulté à en cerner le contenu et les enjeux. Mais, il paraît pertinent de mettre à jour le règlement intérieur du CAARUD pour intégrer cette nouvelle pratique de RDRD alcool et en définir les contours. Le bilan de l'expérimentation s'est révélé globalement positif, bien que certains aspects aient été réévalués par l'institution. Il a permis de reconnaître que, dans le cadre de la RDRD alcool, souvent perçu comme un « poison » en addictologie, peut, dans certaines circonstances, servir de moyen pour aborder d'autres formes de consommation et soulager certaines souffrances. Le cadre concernant le type d'alcool permis a été remis en question par les salariés du CAARUD, qui ont souligné l'importance de se concentrer sur le comportement plutôt que sur le type d'alcool consommé. Interdire tous les alcools peut créer une discrimination contraire à leur mission. Une seconde expérimentation est envisagée pour évaluer plus en détail cette question. Par ailleurs, l'institution, insistant sur l'importance d'un engagement moral collectif, propose une co-construction d'une charte avec les usagers. Cependant, l'équipe préfère réviser le règlement intérieur du CAARUD pour les raisons évoquées précédemment, sans imposer la signature d'une charte. Enfin, l'institution s'est opposée à ce que les salariées partagent un verre d'alcool lors des repas collectifs pour éviter d'être associée à des comportements de consommation et pour maintenir une distance professionnelle claire.

Analyse sociologique de l'expérimentation

La RDRD alcool soulève plusieurs questions qui touchent notamment à la représentation sociale, à l'autonomie des usagers, à la transformation des normes sociales et à la gestion des espaces publics et privés. L'équipe a réalisé que son projet initial était influencé par ses propres représentations et celles de l'institution. Cette prise de conscience est essentielle car elle met en évidence les biais institutionnels dans la gestion des comportements des usagers. L'*habitus*, défini par Bourdieu, désigne les dispositions durables des individus et les schémas de perception

et d'action qui orientent leur comportement. Dans ce contexte, l'*habitus* des professionnels de santé influence leur perception des usagers et leurs pratiques de consommation. Moscovici parle des représentations sociales comme des idées et croyances partagées par un groupe. Elles influencent la manière dont les usagers et leurs comportements sont perçus et gérés par les institutions de santé. La nécessité de réévaluer le cadre de la RDRD alcool reflète une démarche de remise en question des pratiques institutionnelles et des normes de contrôle social, et montre une ouverture à la reconnaissance des usagers comme des acteurs compétents et experts de leur vécu. La dynamique de participation active des usagers favorise une autonomie et une responsabilisation. La notion d'*empowerment*, renvoie à la capacité des individus à prendre le contrôle de leur propre vie. La participation des usagers aux discussions autour de ce projet de RDRD alcool et la possibilité de gérer eux-mêmes leur consommation illustrent cette dynamique. Dans cette perspective, la reconnaissance sociale est cruciale pour le développement de l'identité et de l'estime de soi (A. Honneth, 2004). En permettant la libre expression et la participation à la gestion de leur consommation, l'équipe du CAARUD reconnaît les usagers comme des individus dignes de respect et d'attention. La RDRD alcool remet en question les normes sociales concernant la consommation d'alcool et les interactions dans les espaces publics. Les usagers sont encouragés à être transparents sur leurs consommations et à participer à la vie du CAARUD. Le contrôle social, comme définit par Durkheim, se manifeste par les normes qui régissent le comportement des individus. L'adaptation des règles au CAARUD démontre une forme de contrôle social plus souple, centrée sur le respect de l'autonomie des usagers. Cela reflète une redéfinition des frontières entre espaces publics et privés. Cela permet aussi une gestion plus harmonieuse et sécurisante des consommations, en éloignant les usagers de la clandestinité et en réduisant la stigmatisation. En autorisant la consommation d'alcool dans un espace institutionnel, le CAARUD floute la distinction traditionnelle entre l'espace public et privé. En outre, la stigmatisation des comportements est réduite par l'intégration de ces pratiques dans un cadre reconnu et respectueux (Goffman, 1963). Ainsi, le CAARUD combat les stigmates associés à l'usage d'alcool en public avec la RDRD alcool. Le rôle des professionnelles va au-delà de la simple surveillance pour inclure l'accompagnement et l'écoute active. Elles exercent une autorité sur la gestion des consommations, fondée sur l'accompagnement plutôt que sur la coercition. Foucault a d'ailleurs analysé comment le pouvoir se manifeste à travers les pratiques sociales et les relations. Au CAARUD, le pouvoir des professionnelles est exercé de manière plus diffuse, centrée sur le soutien plutôt que sur la répression. F. Schmitt et M. Jouffret-Roustide expliquent que dans la logique de RdR, l'utilisateur est perçu comme responsable de sa propre santé et de son propre corps. Les travailleurs du CAARUD ont pour mission de les accompagner dans ce processus de renforcement du pouvoir d'agir, un objectif clé. Les auteurs se basent notamment sur les travaux de la sociologue K. McLean, qui décrit les établissements comme le CAARUD comme des lieux de discipline des corps. Il ne s'agit pas d'utiliser la force mais des méthodes plus subtiles qui encouragent les usagers à intérioriser le regard des travailleurs. La société moderne est de plus en plus axée sur la gestion des risques (U. Beck, 2001). La démarche du CAARUD, dans cette logique, cherche à minimiser les risques associés à la consommation

d'alcool, omniprésente dans la société, tout en respectant l'autonomie des usagers. Ainsi, la RDRD alcool est une innovation sociale dans la gestion des comportements à risque en milieu d'accueil, démontrant une flexibilité institutionnelle et une ouverture à des pratiques centrées sur les besoins des usagers.

Conclusion

L'outil RDRD alcool se révèle être un objet de tension tant sur le plan interne qu'externe. La complexité de son acceptation souligne à la fois les défis institutionnels et les résistances sociales. Les retours de l'équipe du CAARUD mettent en lumière des difficultés récurrentes à l'implantation de la RDRD alcool. Les divergences entre les attentes professionnelles et les usagers soulignent l'écart entre la théorie et la pratique. Un dilemme s'impose entre respecter des cadres imposés par l'institution et répondre aux besoins diversifiés des usagers. Légal et culturellement ancré, l'alcool est paradoxalement stigmatisé lorsqu'il s'agit de consommations jugées problématiques. Cette dichotomie rend la promotion de la RdR alcool complexe, devant naviguer entre banalisation de l'alcool comme produit de consommation courante et stigmatisation de l'alcoolodépendance. Les professionnels, en tentant de déstigmatiser l'alcoolodépendance par des actions concrètes, se heurtent à des normes sociétales rigides. La mise en place de la RDRD alcool comme outil de travail au CAARUD a révélé des complexités et se révèle être un objet potentiellement conflictuel. Malgré les constats positifs et les efforts de l'équipe pour adapter cet outil aux réalités des usagers, l'acceptation de la RdR alcool reste entravée par des conflits internes liés à la définition des cadres de travail et par des résistances externes influencées par les perceptions sociétales de l'alcool. La comparaison avec d'autres pratiques de RdR montre un manque d'outils spécifiques pour l'alcool, renforçant les divers défis dans les politiques de santé publique. La RDRD alcool nécessite un soutien tant institutionnel que sociétal pour changer les perceptions et les pratiques en matière de consommation d'alcool.

Glossaire

RdR : Réduction des risques

RDRD : Réduction des risques et des dommages

PES : Programme d'échanges de seringues

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CSAPA : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

SCMR : Salle de consommation à moindre risque

TSO : Traitements de substitution aux opiacés

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

TAPAJ : Travail Alternatif Payé à la Journée

Bibliographie

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... & Rossow, I. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.

Becker, H. S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris: Éditions Métailié.

Beck, S. (2020). « Je bois donc je suis. Pratiques réflexives en recherche et intervention sociale autour des usages d'alcool et du sans-abrisme. » *Sciences & Actions Sociales*, 2020/1 (N° 13), pp. 199-217. Paris: Éditions Association des Chercheurs des Organismes de la Formation et de l'Intervention Sociales.

Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Minuit.

Couteron, J.-P. (2023). « La qualité soignante de l'alcool et réduction des risques : agir dans les zones grises. » *Sciences sociales et santé*, 2023/2 (Vol. 41), pp. 65-73. Paris: Éditions John Libbey Eurotext.

Durkheim, É. (1893). *De la division du travail social*. Paris: PUF.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster.

Honneth, A. (2004). *Recognition and Power: Axel Honneth and the Tradition of Critical Social Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (2017). *La réduction des risques en France : état des lieux et perspectives*. Paris: INPES.

Jouffret-Roustide, M. (2010). *Les politiques de réduction des risques en France : enjeux et perspectives*. Paris: Presses Universitaires de France.

Jouffret-Roustide, M. (2013). « The French experience of drug consumption rooms: A sociological perspective. » *Social Science & Medicine*, 92, pp. 59-66.

Jouffret-Roustide, M. (2019). *La place des usagers dans les politiques de santé : un enjeu de démocratie sanitaire*. Paris: La Découverte.

Jouffret-Roustide, M. (2020). *Politiques des drogues et régulation des usages : le modèle de la réduction des risques*. Paris: PUF.

Jouffret-Roustide, M. (2021). *Réduction des risques et santé publique en France : entre innovation et résistances*. Paris: Presses Universitaires de France.

Jouffret-Roustide, M., & Barré, R. (2015). *Les politiques de réduction des risques : une perspective historique et comparative*. Paris: PUF.

Klingemann, H., & Gmel, G. (2001). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. New York: Springer.

Lalander, P., & Herz, M. (2013). *Sociology of Risk and Gambling Reader*. Gothenburg: University of Gothenburg.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2010). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. New York: Guilford Press.

Maranda, M.-F. (1990). « Approches de l'alcoolisme. De la morale à la sociologie du travail. » *Drogues, santé et société*, vol. 12, no. 2, pp. 63-81.

McLean, K. (2012). *Displacing Addictions: Recidivism and the Redesign of Penal Sanctions*. Bloomington: Indiana University Press.

McLean, K. (2014). *Spaces of Discipline: Social Control in the Contemporary Drug Economy*. New York: Springer.

Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

Room, R. (2005). « Stigma, social inequality and alcohol and drug use. » *Drug and Alcohol Review*, 24(2), pp. 143-155.

Room, R. (2011). « Addiction and personal responsibility as solutions to the problem of dependence. » *Journal of Public Health Policy*, 32(1), pp. 133-141.

Schmidt, L. A., Mäkelä, P., & Rehm, J. (2016). « Alcohol: equity and social determinants. » Dans *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève: World Health Organization.

Schmitt, F., & Jouffret-Roustide, M. (2007). *La réduction des risques en France : entre innovation et normalisation*. Paris: La Documentation Française.

Schmitt, F., & Jouffret-Roustide, M. (2017). *La réduction des risques liés aux usages de drogue: Politique et interventions*. Paris: La Découverte.

Schmitt, F., & Jouffret-Roustide, M. (2022). *Les enjeux sociologiques de la réduction des risques liés à l'alcool.* Paris: PUF.

Gaussot, L. (2006). « Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du 'bien boire'. » *Sociologie et sociétés*, vol. 38, no. 2, pp. 139-159.