



www.reseاونomade.be

Compte-rendu Midi Nomade – 16/10/2024

Rétablissement et réduction des risques, regards croisés ?

Introduction

Le Réseau Nomade est né il y a maintenant une vingtaine d'années, quand un groupe de personnes travaillant dans le secteur assuétudes/addictions se rassemble autour d'un constat : les services ne fonctionnent jamais aussi bien qu'en prenant en considération l'avis des personnes concernées.

Au cours de son développement en réseau santé agréé par la COCOF, il a mis la participation des personnes concernées par le secteur social-santé au centre de ses pratiques. L'un des enjeux du réseau Nomade est de proposer des espaces de réflexivités collectives, au sujet des principes au cœur de la participation dans le secteur social-santé, et de leurs liens avec les pratiques professionnelles et/ou le vécu des personnes concernées.

La rencontre que synthétise ce document s'ancre autour du rétablissement personnel et de la réduction des risques, deux piliers phares du secteur social-santé. En vue de permettre des échanges entre pratiques professionnelles et conceptualisations, nous avons reçu plusieurs intervenant·e·s.

Dans un premier temps ce sont Mégane Chantry et Pablo Nicaise qui nous feront un petit topo historique des concepts et applications liés au rétablissement et à la réduction des risques.

Mégane Chantry est doctorante à l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS – UCLouvain). Ses thématiques de recherche sont les besoins, le rétablissement et l'intégration des soins des personnes usagères de drogues.

Pablo Nicaise, chercheur en Santé mentale et assuétudes à l'UCLouvain, et coordinateur adjoint de la Cellule générale Politiques drogues qui a publié la stratégie interfédérale 2024-25 pour une politique globale et intégrée en matière de drogues.

Dans un deuxième temps, pour un regard plus orienté sur l'expérience du vécu et la pratique professionnelle dans le secteur, c'est Aurélien Vitello, auparavant actif dans le milieu de la réduction des risques en France, pair-aidant au sein du PAT (Peer And Team support – SMES) un dispositif qui soutient l'intégration de la pair-aidance au sein du secteur social-santé et propose un module consacré au rétablissement personnel. Il est maintenant expert de vécu au sein du Forum Bruxelles contre les inégalités.



www.reseunomade.be

La thématique : rétablissement et réduction des risques

Pablo Nicaise propose un exposé historique reprenant le contexte de l'apparition de la notion du rétablissement personnel. Sa première remarque est d'ailleurs d'inviter à adéquatement préciser le type de rétablissement dont on parle : il s'agit bien du « rétablissement *personnel* » un qualificatif souvent oublié qui permettrait pourtant de réduire la confusion autour du terme.

Le concept de rétablissement personnel nous vient du champ de la psychiatrie. Il convient donc de considérer son rôle depuis le XIX^{ème} siècle qui, jusqu'aux années 1960, s'incarne dans « l'asile d'aliénés », un lieu destiné à soigner et protéger les personnes malades, mais aussi à protéger la société de celles-ci, dans un contexte de mise à l'écart des déviances sociales. Peu d'alternatives à l'asile existent, et les traitements pharmacologiques sont insuffisamment développés. A partir de 1960 toutefois, un processus de désinstitutionalisation s'entame. Pablo Nicaise l'associe à des avancées psychopharmacologiques et psychothérapeutiques, mais aussi à des considérations en termes de sécurité sociales (et de l'investissement financier dans le modèle de l'asile, peu efficace).

Ce mouvement est également lié à une évolution des regards sur les normes sociales et morales, les déviances sociales, la santé mentale et les consommations de drogues (le « phénomène drogue »). C'est dans ce contexte que le concept de « réhabilitation » apparaît, et surtout s'étend. De fait, s'il est initialement utilisé dans le champ du handicap physique, il recouvre progressivement les dimensions psycho-sociales

pour englober le handicap mental, les troubles psychiques et les assuétudes. Le développement personnel se développant, nombreuses pratiques et services s'en inspirent et sont mis en place, cherchant à développer les capacités fonctionnelles de vie en société.

Quatre réserves majeures sont émises à son égard: sa normativité (les capacités fonctionnelles sont associées à des valeurs sociétales peu remises en question), son caractère second (le premier objectif restant de soigner la maladie et les symptômes), son absence de considération pour l'autonomie des personnes, et son manque d'efficacité (séjours longs, paternalisme, ...).

Le concept de rétablissement personnel s'ancre dans ces critiques (*Personnal recovery*, années 1990), et inverse la logique de la réhabilitation. Dans le domaine des maladies chroniques, par exemple, la guérison n'est plus l'absence de la maladie, mais la possibilité de vivre une vie digne et autonome, malgré les empêchements provoqués par la maladie.

Le rétablissement rencontre trois dimensions : il peut être *médical* (viser la réduction/stabilisation des symptômes), *social normatif* (retrouver un logement, avoir un emploi, avoir des relations sociales, des activités, ...), ou *personnel* : être lié à la possibilité de déployer sa vie de manière autonome, selon ses choix et préférences.

Les principes du rétablissement personnel sont les suivants : priorité à l'intervention sociale ; priorité aux conditions réelles (*place then train*, à l'instar du *housing first*) ; priorité aux préférences des bénéficiaires ; recours aux ressources propres des bénéficiaires. Le rétablissement devient alors une expérience subjective, que les professionnel-le-s ne



www.reseanomade.be

peuvent qu'accompagner. Il est également perçu comme non linéaire (permettant de considérer les échecs, rechutes, ... comme part du processus). Plusieurs projets ancrés dans le rétablissement ont été étudiés scientifiquement (*Housing First, Individual Placement and Support, Assertive Community Treatment, Illness Management and Recovery,...*).

Quid dans le contexte des assuétudes et addictions ? Mis à l'agenda dans les années 1960, le « phénomène drogue », est mis en lien dans la discussion à la « réduction des risques », à une priorité sanitaire et à une définition négative du rapport à la consommation des produits. Sans toutefois sortir d'une symbolique négative de la consommation, la nécessité de la réinsertion sociale dans le cadre des assuétudes/addictions est progressivement visible.

Voilà qui illustre des convergences entre les approches de la psychiatrie et celle des addictions, des similitudes reposant sur la reconnaissance de l'importance du milieu de vie/du tissu social en tant que composante de prise en charge, et d'objectif ; sur la reconnaissance de l'autonomie individuelle comme objectif de vie malgré les difficultés de la maladie ; et sur la nécessité de tendre vers une réduction du stigmata.

Pour Pablo Nicaise, la réduction des risques est le penchant « assuétudes/addictions » du rétablissement personnel, avec comme désavantage toutefois de se maintenir dans un registre symbolique négatif (on parle de « risques »).

La présentation de Mégane Chantry nous permet justement d'actualiser certains des apprentissages de l'exposé de Pablo Nicaise. De fait, elle propose de se demander où en est le terrain quant au soutien du rétablissement personnel des usager·e·s. Pour le faire, elle présente les résultats de l'étude SUMHIT (*Substance Use and Mental Healthcare InTegration*).

Il s'agit d'une recherche financée par la Politique Fédérale Scientifique. Elle vise l'étude de l'organisation des soins de santé mentale spécialisés dans la prise en charge des problèmes de consommation, leur accessibilité et les besoins des usager·e·s, sur 5 « territoires 107 » (dont Bruxelles), en 2021-2024¹. L'enjeu des services assuétudes/addictions dans le contexte du rétablissement personnel est de permettre une offre adaptée aux besoins des personnes concernées, impliquant la nécessité d'étudier ces besoins, mais aussi l'offre dans ce secteur, tout en considérant la valorisation des personnes pair aidantes, et le développement de possibilités de relations sociales qui ont du sens (appartenance à une communauté).

La recherche repose sur 562 questionnaires, distribués en auto-passation à des usager·e·s dans des services de santé mentale et services spécialisés dans les problèmes de consommation. L'analyse permet d'identifier les principaux besoins rencontrés/non rencontrés dans 23 domaines. Les besoins soulignés sont liés aux relations sociales, aux relations intimes et sexuelles. Les services sont alors décrits comme ne répondant pas suffisamment à ces besoins, ce qui est contraire à la

¹ Rapports finaux disponibles : https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR89_SUMHIT_FinRep.pdf

https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR89_SUMHIT_summ_2_fr.pdf



www.reseaunomade.be

dimension « *connectedness* »² du rétablissement personnel (alors que beaucoup de ces services s'en revendiquent). Cette « connectivité » (*connectedness*) comprend les dimensions de soutien par les pairs, relations sociales et interpersonnelles, ainsi que de se sentir appartenir à la communauté. C'est un des 5 processus du rétablissement personnel, avec l'espoir, l'identité, le sens (de la vie) et l'*empowerment*.

En étudiant plus en détail l'offre de soins (194 services interrogés via questionnaire en ligne), on peut relever que 41% des services assuétudes et addictions ont déclaré l'usage de substance comme critère d'exclusion pour commencer une prise en charge ou un traitement, et ce, y compris dans des services spécialisés dans la prise en charge de ces problématiques d'usage de substances, ou dans des services de réhabilitation sociale.

Cela illustre que nous restons majoritairement dans une approche centrée sur le produit, ce qui renforce l'inaccessibilité aux services, et témoigne du maintien d'une logique d'abstinence potentiellement peu compatible avec le concept de rétablissement personnel dans sa forme conceptuelle. On observe également une collaboration inter-organisationnelle forte entre services similaires, opposés à des services davantage complémentaires collaborant pour renforcer la diversité du parcours de soin. En ce qui concerne la pair aideance, 28% des services ont déclaré engager des personnes pair aidantes. Ce dernier point est en adéquation avec les aspects

« *empowerment* » et « *espoir* »³ liés au rétablissement personnel, tout en soulignant l'amélioration de la qualité d'offre et de soin, et la valorisation de l'expérience des personnes concernées.

Les résultats présentés par Mégane Chantry permettent d'illustrer que malgré la popularité du concept de rétablissement personnel dans les services assuétudes/addictions, les services restent dans une approche ciblée sur les problématiques liées aux substances elles-mêmes, et manquent de perspective plus globalisante et moins réductrice de la consommation. On observe un écart entre les concepts théoriques au cœur de l'argumentaire des services, et les services effectivement proposés.

Alors que la discussion se lance déjà d'elle-même, Aurélien Vitello complète les interventions par son retour sur la notion de rétablissement personnel, du point de vue d'une personne ayant elle-même été impliquée dans des dynamiques d'auto-support et ayant découvert le terme « rétablissement personnel » après son entrée dans le secteur professionnel assuétudes/addictions.

Il nous fait alors le récit des questions qui l'ont traversé, lui-même plutôt convaincu de déjà réaliser ce qu'il découvre comme étant appelé du *rétablissement* dans les groupes d'auto-support, bien que le terme ne soit pas utilisé. Il partage également que pour lui, le terme rétablissement est associé davantage à l'aspect « problématique » du produit (crise, difficulté, isolement social). Or pour lui, se rétablir cela peut aussi vouloir dire « accepter

² La référence pour ceux/celles que ça intéresse: Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J

Psychiatry.

³ Deux autres dimensions reprises dans la référence de la note en bas de page précédente.



www.reseاونomade.be

sa consommation », « son environnement », ou encore « faire évoluer son environnement », bref, avoir un rapport moins négatif à la consommation et à ce qu'elle engendre.

Il se demande si l'on peut par exemple parler de rétablissement en milieu festif, où la consommation n'est pas liée *de facto* aux conséquences négatives renfermées d'après lui dans l'idée de rétablissement (un concept *de santé*). Il souligne que la consommation pour certaines personnes résulte d'une volonté de marginalisation choisie. Ce qu'il cherche à illustrer, c'est le potentiel danger d'un « mésusage » du concept de rétablissement, qui, permettant une connivence entre les approches thérapeutiques et l'organisation liées aux comportements marginaux, aurait tendance systématiquement à pathologiser ces derniers. Il présente une conséquence négative à cela : lors de son parcours, lorsqu'il aspire à recréer des contacts et qu'il est trop éprouvé par la marginalité qu'il entretenait initialement, les services qu'on lui propose, en tant que consommateur le rapprochent de personnes très différentes de son profil, et d'espaces qui ne l'aident pas à retrouver du lien social, une appartenance à la communauté.

Nous avons eu la chance de recevoir trois regards au sujet des rapports entre rétablissement personnel et réduction des risques. Chacun d'entre eux aura généré des réactions et interrogations parmi les personnes rassemblées autour de la table. Tentons maintenant de dresser le tableau de ces dernières.

Synthèse des échanges : rétablissement, réduction des risques, pair aide, ...

Le moins que l'on puisse dire, c'est que la thématique et les interventions ont suscité des interrogations qu'il n'est pas aisé de synthétiser. Elles seront ici rassemblées dans un ordre non chronologique. Je vous propose le compte-rendu d'échanges qui n'ont pas toujours eu comme résultat la création d'une opinion uniforme et partagée, et par conséquent, le texte qui suit n'a pas pour vocation de plaider pour l'une ou l'autre des pistes évoquées. Il tente toutefois d'être le plus fidèle aux interventions partagées lors de notre rencontre.

Les personnes présentes lors de la discussion se positionnent majoritairement dans le champ associatif des assuetudes et addictions, ou encore de la santé mentale, et les interventions ont porté principalement sur l'aspect normatif encore associé à la symbolique négative du terme rétablissement (on se rétablit de quelque chose de négatif), pourtant pas forcément directement liée au concept tel qu'il est défini dans la présentation de Pablo Nicaise (insistant sur une définition non négative de l'expérience personnelle de consommation de drogues, et sur les prises personnelles sur son propre environnement). Se rétablir peut être compris comme indiquant que l'on a vécu un problème, et cette association d'idées, en lien avec la réduction des risques notamment, est décrite comme renforçant la stigmatisation de la consommation de drogues. De la même manière, c'est peut-être également pathologiser, ou en tout cas associer à une problématique sanitaire un phénomène social (la consommation de drogue). L'aspect normatif est aussi mis en lien par certaines personnes avec la dévalorisation d'une série d'expériences de vie basées sur un choix de marginalisation, dont certaines des conséquences négatives (non forcément liées à un produit par ailleurs) sont

5



www.reseaunomade.be

systématiquement rapprochées d'une réponse sanitaire uniformisée face aux consommations, rapprochant des publics hétérogènes dans des espaces pensés sous le seul filtre de la réponse sanitaire à une problématique plus complexe, comme l'illustre l'intervention d'Aurélien Vitello. Notons toutefois que l'inverse (refuser de considérer toute problématique d'addiction comme étant associée à une question de santé) n'est également pas décrit comme une solution pertinente.

L'une des attentes normatives au sujet du concept de rétablissement personnel que la discussion permet de souligner, est l'inhérente valorisation du « mouvement », du non statu quo, de la nécessité pour l'individu de se mettre en mouvement face à sa situation. Cette attente se reporte sur l'individu, mais également sur les professionnel·le·s, en institution traitant de problématiques de santé mentale par exemple, qui vont privilégier des hébergements courts (mais répétés), qualifiés de saut de puces, en lien avec ces attentes de mouvements (ou d'activation, pourrait-on aller jusqu'à dire). Plus tard dans la discussion, un autre élément normatif est relevé au sujet de la pair aide (dont le rétablissement personnel est souvent l'outil principal), très fréquemment mise en avant par les pouvoirs subsidiaires pour « susciter l'espoir » que l'« on peut s'en sortir », et « donner l'exemple » plutôt que pour générer le pluralisme de postures de connaissances que la pair aide est censée être pour beaucoup. La question de la normativité potentiellement implicite du concept du rétablissement personnel est également associée à l'évaluation de celui-ci: comment le mesurer et avec quels indicateurs ? Les outils identifiés pour le réaliser sont potentiellement vecteurs de biais, s'ils ne prennent pas en considération une

définition subjective du bien-être personnel, entre autres.

Le rétablissement *personnel* est lié à un parcours personnel (souhaité, appelé, travaillé ...), et cette échelle d'analyse des situations invite certain·e·s des participant·e·s à lui reprocher de participer à une « psychiatrisation du social », ou, autrement dit, de considérer sous un axe psychologique et individuel une série de questions dont les fondations sont davantage organisationnelles, sociétales, voire sociologiques. Comme la présentation de Mégane Chantry le montrait bien, l'un des besoins non rencontrés concerne les liens sociaux et les relations intimes. Plutôt que d'analyser les parcours de rétablissement individuels à cet égard, pourquoi ne pas interroger la réponse sociale à la question des assuétudes, et considérer que c'est dans celle-ci que réside un facteur à changer. Un autre exemple est identifié dans le fait d'engager des pair aidant·e·s pour faire du lien dans le travail social, plutôt que de repenser le déficit du travail social à cet égard. C'est davantage un rendez-vous manqué avec une réflexion critique qu'une série d'injonctions à l'activation individuelle qui ressort de cet ensemble d'interventions.

Finalement, pour faire le lien entre rétablissement personnel et réduction des risques (qui sont donc conceptuellement proches, mais en pratique génèrent les questionnements rapportés ici), on pourrait synthétiser un ensemble des craintes émises en groupe comme étant liées à une opposition entre liberté d'autodéfinition et injonction normative aux valeurs contemporaines.

Si cette opposition permet de transiter de la question du rétablissement personnel vers celle de la réduction des risques, c'est que nos échanges



www.reseanomade.be

nous amènent justement à considérer, que la stigmatisation de toute une série de comportements (encore pénalisés et considérés comme déviants) passent éventuellement par le terme « réduction des risques », et son apanage des produits illégaux (comprenez par-là que la réduction des risques en matière d'alcool, bien que naissante, est encore peu développée). Il ressort des échanges l'idée que « démocratiser » la notion de réduction des risques aiderait à réduire la stigmatisation d'une partie de la population, et à insister sur le potentiel de l'expression en termes d'auto-définition et d'auto-support.

Par exemple, pourquoi ne pas parler de réduction des risques pour l'alcool, les comportements sexuels, de santé mentale, voire pour des sujets plus anodins, comme l'alimentation par exemple. La sectorialisation de ces concepts est décrite par beaucoup comme un problème.

Et inversement, pourquoi ne pas considérer le penchant symbolique non négatif de la réduction des risques (le rétablissement personnel) pour ces mêmes comportements ? Décloisonner l'usage de ces notions et l'étendre à d'autres thématiques que celles des drogues illégales est l'une des pistes sociétales identifiées dans nos échanges. Ne pas considérer que réduire des risques ou le rétablissement passent uniquement par le fait de combler un manque, mais en réfléchissant de manière plus large à ce qui génère une situation problématique (non pas un produit, mais l'isolement par exemple ; non pas le manque de relations sexuelles mais l'absence de possibilités

de relations intimes) en est une autre.

Epilogue : rétablir le dialogue entre pratiques et concepts

En guise de conclusion, nous pouvons relever que ces échanges, denses et pluriels nous amènent finalement à aborder le difficile dialogue entre des concepts le plus souvent décrits positivement, et leurs applications, le plus souvent loin des aspirations démocratiques rattachées aux concepts.

Plutôt que de plaider pour l'une ou l'autre des sensibilités qu'auront pu faire apparaître nos échanges, il semble essentiel d'insister sur la nécessité de disposer de lieux où faire dialoguer cette pluralité.

La confrontation empirique, le regard des personnes sur le terrain, révèlent fréquemment des situations appelant à nuancer les principes théoriques, parfois bien rapidement revendiqués par des services associatifs, publics, ou par les pouvoirs subsidiaires.

Inversement, certaines des réticences des acteurs et actrices du terrain prennent parfois racine dans le manque de communication au regard des concepts qu'on leur demande d'appliquer, ou dans le flou que l'absence de définitions de ces derniers génère⁴. Il n'est pas rare que malgré des termes similaires, on ne parle pas de la même chose, et inversement, que nos envies soient semblables, mais que les termes retenus s'opposent. Pablo Nicaise estime par exemple que le terme réduction des risques reste proche d'une image symbolique négative (on

⁴ Bien que ce flou peut aussi être source de libertés fertiles pour l'émancipation visée par le rétablissement personnel, comme on peut le voir dans les interventions

du travail social communautaire co-organisées par le CFS et Le Réseau Nomade.



www.reseanomade.be

minimise quelque chose de négatif), alors qu'Aurélien Vitello estime que c'est le cas du rétablissement (on se rétablit de quelque chose de négatif). Pourtant, tous les deux partagent l'envie de permettre de pluraliser les expériences de vie humaines reconnues comme ayant du sens, et ainsi de rendre aux individus une forme de pouvoir d'auto-définition.

C'est d'ailleurs peut-être la seule conclusion que je m'autoriserai à tirer de cette rencontre : la conviction de la nécessité d'espaces rassemblant ces discours pluriels, afin de garantir une amélioration des services et des expériences des personnes concernées, tout en discutant des principes d'action que nous pouvons collectivement assumer, conceptuellement et empiriquement.