

Mémoire de fin de formation
Diplôme universitaire - Médiation en santé - 2025

Les représentations sociales des professionnel.les de santé
vis-à-vis des personnes consommatrices de produits
psychoactifs : enjeux de la médiation en santé



Laurie Nicholls

Introduction.....	1
1. Représentations sociales et évolution des lois.....	4
1.1 Les représentation sociales.....	4
1.2- Evolution des représentations et des lois.....	5
1.2.1 Représentations jusqu'aux années 1970.....	5
1.2.2 Loi de 1970.....	5
1.2.3 Politiques de santé publique.....	6
1.3- La stigmatisation des usagers.....	8
1.3.1 Historique.....	8
1.3.2 Rôle du vocabulaire et des médias.....	9
1.3.4 Les conséquences.....	10
2. Du cloisonnement des soins à la santé publique, les enjeux et conséquences pour les personnes consommatrices.....	12
2.1- Cloisonnement des soins.....	12
2.2- La psychiatrisation de l'addictologie.....	13
2.3 Santé publique / réduction des risques.....	15
2.4 Quelques perspectives.....	16
3. Les enjeux de la médiation en santé.....	17
3.1 - La médiation en santé.....	17
3.2 - La médiation, un outil de réduction des risques.....	18
3.3 - Les moyens.....	20
Conclusion.....	23
Bibliographie.....	24

Lexique

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

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

CPP : Consommateur de produits psychoactifs

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HSA : Halte soins addiction

IGAS : Inspection générales des affaires sociales

PES : Programme d'échange de seringue

PTA : Plateforme territorial d'appui

RDRd : Réduction des risques et des dommages

PVVIH : Personne vivant avec le VIH (virus de l'immunodéficience humaine)

SCMR : Salle de consommation à moindre risque

SPA : Substances psychoactives

TSO : Traitements de substitutions aux opiacés

Introduction

J'aimerais commencer ce mémoire en parlant de l'actualité. Depuis les années 1980, à l'initiative des consommateur.ices de produits psychoactifs (CPP) et du très grand nombre de personnes consommatrices décédées de complications liées au VIH/SIDA, les premières politiques de réduction des risques et des dommages (RdRd) voient le jour. Aujourd'hui, près de 45 ans après cette période, le gouvernement menace de fermeture les salles de consommation à moindre risque (SCMR), maintenant appelées halte soins addiction (HSA), des structures piliées en ce qui concerne l'accueil et l'accompagnement des consommateur.ices de produits psychoactifs les plus éloigné.es du système de soins et des institutions. Instaurées depuis longtemps dans certains pays d'Europe, les SCMR en France ont été autorisées en expérimentation en 2016¹ et renouvelées en HSA en 2022, jusqu'à la fin 2025².

La consommation des substances psychoactives a de multiples histoires et représentations selon les cultures et sociétés. Elles se sont parfois inscrites dans le fonctionnement de celles-ci, dans des rituels, des religions et étaient même plébiscitées par la médecine. Les représentations sociales à l'égard des personnes consommatrices évoluent et continueront d'évoluer selon la place qu'elles occupent dans la société.

L'OMS définit les substances psychoactives (SPA) comme *“toute substance psychotrope ou psychoactive qui, en raison de leur nature chimique, perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience”*³. Les SPA englobent les substances illicites, telles que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et les substances licites comme le tabac, l'alcool ou encore certains médicaments. Le CIM-10⁴ et le DSM-5⁵ sont deux référentiels utilisés par le milieu médical pour définir et

¹ « Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque » - Légifrance ».

² Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” ».

³ « Substance psychoactive – Lexique de la prévention - infodrog.ch ».

⁴ La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé de l'OMS

⁵ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques

diagnostiquer les troubles liés à l'usage de substances⁶. Le CIM-10 classe la consommation en deux catégories, l'usage nocif et la dépendance selon la présence ou non de critères prédéfinis. Le DSM-5 parle de troubles liés à l'usage de substances, classant les usages de légers à sévères selon la substance et la manifestation des critères. Ces approches sont basées sur la maladie et il paraît important, comme le notifie la sociologue Marie Jauffret-Roustide, d'aller au-delà des catégories diagnostiques et d'appréhender les conduites addictives en prenant en compte la dimension sociale de la personne qui consomme, ainsi que de raisonner en termes de politiques publiques.⁷ Les politiques de réduction des risques viennent compléter et parfois se substituer à ces catégories de diagnostics. C'est une démarche de santé publique qui se veut pragmatique. Elle représente la promotion de l'ensemble des politiques et pratiques qui visent à réduire les risques et les dommages liés à l'usage de substances. Elle cherche à donner aux usager.ères les moyens de réduire les risques auxquels ils-elles sont exposé.es (infections, surdose/overdose...) en les faisant participer à leur prévention et en prenant en compte les dommages sociaux, psychologiques et sanitaires parfois associés. Les actions en lien sont variées et évoluent avec le temps et les pratiques. La RdRd cherche à améliorer les lois, les pratiques et les représentations sociales des consommateur.ices mais également à faire évoluer celles de la population et des professionnel.les de santé. Les politiques de réduction des risques permettent d'appréhender de manière plus globale les personnes consommatrices mais restent pas ou peu intégrées au système de soins actuel. Nous reviendrons sur son histoire, son intégration dans le système de soins et ses moyens d'action. Le système de santé, comme notifié par l'HCSP est marqué par de nombreuses inégalités sociales, présentes depuis longtemps, persistantes, et d'autant plus révélées et aggravées par la pandémie du Covid-19⁸.

Il me paraît important de comprendre l'origine des dysfonctionnements de notre système de santé pour comprendre comment nous pouvons agir aujourd'hui afin de réduire ces inégalités sociales en santé et d'accès aux soins, notamment celles qui impliquent les personnes consommatrices de produits psychoactifs.

⁶ « Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA ».

⁷ Jauffret-Roustide, « Les inégalités sociales dans le champ des addictions ».

⁸ Gwenn Menvielle et Thierry Lang, « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution » Haut conseil de la santé publique .

Quelles sont les représentations sociales à l'égard des consommateur.ices de produits psychoactifs ? Quels sont les impacts sur les prises en soins ? Quels peuvent être les leviers pour un meilleur accès aux soins ? Mes réflexions s'appuient d'une part sur la littérature et sur les enseignements du DU de médiation en santé mais également sur mes expériences en tant qu'infirmière, particulièrement celles de la halte soin addiction de Strasbourg et de l'équipe mobile santé précarité de Rennes, avec des missions semblables à celles de la médiation. Elles m'ont permis de constater les difficultés d'accès aux soins et les discriminations que subissent les personnes consommatrices mais également d'appréhender une approche plus globale et inclusive du soin.

1. Représentations sociales et évolution des lois

1.1 Les représentations sociales

L'étude des représentations sociales est complexe, elles ont été définies en premier lieu par Serge Moscovici en se basant sur les travaux d'Emile Durkheim, puis reprises par de nombreux auteurs. Denise Jodelet caractérise la représentation comme *“une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social”*⁹. Elle façonne alors des normes, pas forcément conscientes, partagées au sein d'une même communauté ou groupe social et desquelles vont découler nos pensées, nos actions et nos comportements. Elle se confronte aux études scientifiques et *“succède un travail d'ancrage visant à la familiariser, la transformer pour l'intégrer dans l'univers de pensée préexistant”*. Elles ont plusieurs fonctions¹⁰ :

- La fonction de savoir : qui permet de comprendre, d'expliquer et donner du sens à la réalité et à ce que nous vivons.
- La fonction identitaire : Moscovici nous indique que *“ce que les représentations collectives traduisent c'est la façon dont le groupe se pense dans ses rapports avec les objets qui l'affectent”*¹¹. Ainsi, avoir une identité permet aux groupes auxquels nous appartenons de garder leur spécificité, d'avoir une cohésion et ainsi de conserver une conscience collective.
- La fonction d'orientation : qui permet d'orienter les comportements et les actions afin d'anticiper, d'avoir des attentes et de fixer les limites du tolérable/acceptable.
- Fonction de justification : qui permet de justifier et légitimer ses choix, ses positionnements et ses comportements avant ou après un événement, une situation ou une action.

Les représentations sociales servent de grille de lecture mais ont également une influence sur le regard que nous portons au monde. Moscovici souligne que la communication, notamment par les *“systèmes de communication médiatiques”*, joue

⁹ Jodelet, « Chapitre 1 - Représentations sociales : un domaine en expansion ».

¹⁰ Comité départementale pour l'éducation à la santé - Alpes Maritimes, « Les représentations sociales ».

¹¹ Jodelet, « Chapitre 1 - Représentations sociales : un domaine en expansion ». Jodelet.

un rôle crucial dans l'élaboration, la formation, l'objectivation et l'ancrage de nouvelles représentations. Elle sera alors le fruit de nouvelles "opinion, attitude et stéréotype" sous forme, parfois, de stigmates et préjugés. Les sociologue Clyde Plumauzille et Mathilde Rossigneux-Méheust soulignent que ces nouvelles normes "émanent [également] d'institutions dominantes (justice, police, hôpital, école)"¹² et se servent des systèmes médiatiques pour les "promouvoir".

1.2- Evolution des représentations et des lois

1.2.1 Représentations jusqu'aux années 1970

Didier Nourrisson, pour la revue *Drogue, santé et société*, dresse un état des lieux de trois grandes périodes à partir du XVI^e en France, sur la représentation de l'utilisation de substances psychoactives dans la société.¹³ Il nous montre qu'à partir du XVI^e siècle jusqu'au XVIII^e siècle, les SPA, telles que l'alcool et les nouveaux produits issus de la colonisation (tabac, opium, coca), sont convoitées par l'aristocratie et la bourgeoisie et leur utilisation est admise voir encouragée. Aucune législation n'existe et l'église ne restreint pas leur usage. Le XIX^e siècle est marqué par la démocratisation de l'usage des SPA, notamment de l'alcool. Elles sont de plus en plus consommées par des classes sociales moins aisées et deviennent alors source de débat. Les consommateurs deviennent des délinquants, ce qui va faire naître les premières lois répressives et la pathologisation du consommateur. Le début du XX^e siècle suit cette dynamique, l'usager est de plus en plus visible et stigmatisé et les progrès scientifiques et pharmacologiques permettent la synthétisation des substances, qui rendent les substances plus puissantes. La fin du XX^e et le XXI^e siècles vont être marqués par différentes lois, souvent répressives, en faveur d'une éradication des substances dites illicites qui vont continuer d'ancrer des représentations négatives à l'égard des consommateurs.

1.2.2 Loi de 1970

¹² Plumauzille et Rossigneux-Méheust, « Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique » ».

¹³ Didier Nourrisson, « La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français ».

Le 1^{er} article de la loi de 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses stipule que *“toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire”*¹⁴. Elle implante alors de manière plus officielle une politique de répression du consommateur en pénalisant l'usage mais va également introduire une dimension sanitaire, alliant alors justice et santé. Elle ancre la représentation du consommateur comme “délinquant” et l'abstinence devient la seule thérapeutique valable.

Il est alors évident que cette loi a la vocation de traiter différemment, que ce soit au niveau social ou médical, les usagers selon la substance qu'ils-elles consomment. Ces différences de traitement politique renforcent les stigmatisations et discriminations envers les usagers et nous pouvons nous demander, comme le fait Chloé Blancke dans un travail de thèse, “comment penser une « maladie » dont l'objet est illicite et son usage encore réprimé ?”¹⁵

1.2.3 Politiques de santé publique

Dès 1970 et renforcé par l'arrivée du VIH, des scientifiques, professionnels de santé et personnes concernées dénoncent l'inefficacité et la dangerosité des politiques de répression. Ils-elles encouragent des politiques préventives et de réductions des risques, non écoutés par l'Etat. Leurs premiers enjeux sont de donner accès à du matériel stérile et à des traitements de substitution. Face à l'inertie, dès 1985, des associations procèdent à des expérimentations de programme d'échange de seringues (PES)¹⁶, mais il faudra attendre 1995 pour qu'ils soient officiellement reconnus¹⁷. C'est en 1994, qu'un arrêté permet l'autorisation des programmes de traitements de substitution aux opiacés (TSO)¹⁸. Malgré les politiques de réduction des risques déjà mises en place par des associations, il faudra attendre 2004 pour

¹⁴ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

¹⁵ Blancke, « L'addiction aux drogues illicites en France: science médicale de la dépendance et encadrement sanitaire des usagers ».

¹⁶ « Réduction des risques liés à l'usage de drogues ».

¹⁷ Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en oeuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles.

¹⁸ Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie.

que la RdRd soit officiellement reconnue et inscrite dans la loi¹⁹, 2005 pour l'autorisation d'ouverture des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD)²⁰, 2007 pour la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie(CSAPA)²¹ et 2016 pour l'autorisation d'ouverture des SCMR(puis HSA)²². D'après les rapports menés en 2021 par l'INSERM²³ à la demande de la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) et en 2024 par l'IGA et l'IGAS²⁴, nous observons des bilans et impacts positifs des HSA sur plusieurs points :

- Sur le plan sanitaire, avec une baisse des infections VHC (11%) et VIH (6%), des surdoses (69 %), des passages aux urgences (71%) et des abcès et endocardites associées (77%)
- Sur l'accès aux soins des consommateur.ices les plus précaires en s'intégrant dans un parcours de soins global et plus durable. Par exemple : *“51 % des usagers fréquentant la salle déclarent avoir été aidés par la HSA pour accéder à un Csapa”*, qu'ils n'auraient pas pu intégrer sans un accompagnement préalable.
- Sur le plan économique, par notamment la baisse des passages aux urgences ou en services spécialisés et des soins associés.
- L'amélioration de la “tranquillité publique”. Dans les quartiers aux alentours des HSA une diminution des consommations et des seringues laissées en rue est remarquée, ainsi qu'une légère baisse de la “délinquance”. *“A Paris, de nombreux riverains estiment que la HSA améliore le quartier et réclament son maintien”*, mais plus globalement d'après la dernière enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes²⁵ *“82 % [des personnes interrogées] considèrent comme une bonne chose la mise à*

¹⁹ « Article 12 - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) - Légifrance ».

²⁰ « Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique - Légifrance ».

²¹ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

²² « Article 41 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance ».

²³ « Salles de consommation à moindre risque ».

²⁴ « Les haltes soins addictions : Un dispositif expérimenté depuis 2016 pour réduire les risques et nuisances associés à la consommation de stupéfiants dans l'espace public ».

²⁵ « Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP 2018) ».

disposition de matériel stérile et de seringues pour les usagers injecteurs alors que 80 % [...] estiment que les salles de consommation à moindre risque sont une bonne voir une très bonne chose”.

Bien que les politiques de réductions des risques soient autorisées en France et prouvent leur efficacité, elles subissent toujours une réticence politique. Ainsi, les lois répressives, toujours très présentes, limitent leurs bénéfices et maintiennent un climat de fortes stigmatisations des consommateur.ices ce qui empêche un accès aux dispositifs d'accueil, d'accompagnement et de soins. Ceux-ci sont encore souvent méconnus de certain.es professionnel.les de santé.

Comme le formule Médecin du Monde avec justesse, *“considérer ces personnes comme des délinquantes ou délinquants, des malades ou des victimes ne conduit qu'à paralyser toute pensée novatrice apte à respecter leur existence, leur humanité et leur droit à être des citoyennes et des citoyens à part entière”*²⁶.

1.3- La stigmatisation des usagers

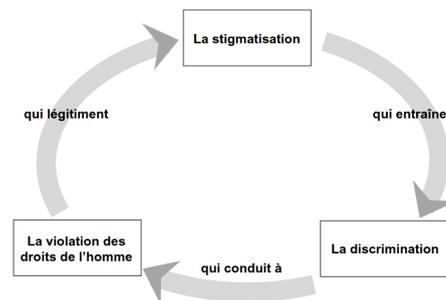
1.3.1 Historique

Comme nous l'avons vu, depuis le XIX^{ème}, les usager.ères de substances psychoactives illicites subissent un jugement moral stigmatisant, qui sont issues notamment des lois répressives et du traitement médiatique de celles-ci. La sociologue Marie Jauffret-Roustide souligne que *“les représentations sociales des addictions sont fortement marquées par une imagerie liée à la précarité sociale”* et qu'elles *“sont incarnées et donc liées aux profils des consommateurs de produits psychoactifs qui leur sont associés”*²⁷. Elle explique cela par le fait que les enquêtes sur les substances illicites sont réalisées sur les consommateur.ices visibles dans l'espace public, souvent en grande précarité, ce qui accentue les représentations de *“l'héroïnomane injecteur de rue”* ou du *“crackeur désocialisé”*. Ils-elles sont étiqueté.es comme des délinquant.es qui volent, mentent et manipulent, faibles et irresponsables, véhiculant des maladies, agissant de manière passive et sont

²⁶ « Mieux comprendre la Réduction des Risques ».

²⁷ Jauffret-Roustide, « Les inégalités sociales dans le champ des addictions ».

tenu.es pour responsables de leurs problèmes sociaux et médicaux²⁸. Les stigmatisations, issues de représentations sociales négatives, sont à l'origine des discriminations. En effet, les deux sont extrêmement liées. La discrimination est souvent définie comme l'application de la stigmatisation, qui vient en retour la renforcer. Les discriminations entraînent, de fait, une violation des droits fondamentaux et humains (UNAIDS)²⁹. Deux chercheur.euses ont élaboré un schéma pour représenter ce cycle : *“Le cycle de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de la personne”*³⁰



1.3.2 Rôle du vocabulaire et des médias

L'ONG Dyanova a mené une campagne de lutte contre les stigmatisations liées aux drogues et s'est intéressée, notamment, au rôle des médias³¹. Elle rapporte que *“les médias ont une influence déterminante sur la perception des drogues par le grand public”* et ceci quelque soit la forme du média (Journaux, articles, reportages, séries...). Ils sont à la fois le reflet des stigmatisations et préjugés existants, la source de leur expansion auprès du grand public et ont alors une influence sur l'opinion publique en termes de représentations et perception des drogues et des consommateur.ices. En effet, ils *“abordent la question des addictions depuis un angle négatif, moralisateur et accusateur”*. Le Collectif national pour une nouvelle politique des drogues³², qui milite pour une réforme des politiques des drogues en France, dénonce dans un communiqué un *“acharnement médiatique et répressif qui aggrave les risques sociaux et sanitaires des drogues plutôt que de les prévenir”*³³. Les stéréotypes se perpétuent alors au détriment de la prise en compte des aspects

²⁸ « Santé et droits des personnes usagères de drogues ».

²⁹ « Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH | UNAIDS ».

³⁰ Miriam Maluwa et Peter Aggleton

³¹ « Stigmatisation et médias ».

³² Organisations d'usager·ère·s, magistrat·e·s, policier·ère·s, professionnel·le·s de l'addictologie, défenseur·e·s des droits humains et de la santé.

³³ « En stigmatisant les consommateur·rice·s, le ministre de l'Intérieur tente de cacher l'échec de sa politique des drogues ».

sociaux, psychologiques et sanitaires s'inscrivant, eux, dans une politique de réduction des risques.

Le langage que nous utilisons a un impact significatif et direct sur les personnes et sur la société. Ils peuvent être vecteurs de fortes stigmatisations et peuvent amener à ancrer des représentations. En ce sens, en choisissant d'utiliser certains mots au détriment d'autres, les médias ont une influence significative sur la diffusion de représentations sociales.

Les mots chargés négativement, véhiculés par les médias et utilisés par le grand public se renforcent mutuellement, ce qui perpétue les stigmatisations. Alors les mots que nous utilisons ont un impact direct sur la façon dont les personnes consommatrices vont être perçues, mais également sur comment elles vont s'auto percevoir. Les professionnels de santé en utilisant ces termes sont eux-mêmes vecteurs de stigmatisation qui, nous allons le voir, a des multiples répercussions sur l'accès aux soins. Nous pouvons en nommer quelques-uns utilisés couramment pour parler des personnes consommatrices de substances illicites : Toxicomanes, drogués, junkies... Le gouvernement canadien a publié un tableau à destination, notamment, des professionnels de santé, reprenant les termes couramment employés en rapport avec la consommation de substances, repérés comme stigmatisants et vecteurs de discriminations en proposant et justifiant des alternatives non stigmatisantes.³⁴ De manière générale, utiliser des *« termes centrés sur la personne, et non sur les produits ou les usages, permet de mettre l'accent sur la personne et sa santé, plutôt que de la réduire à sa consommation de drogues »*³⁵.

L'ONG Dyanova propose également dans son rapport des recommandations à l'usage des journalistes et médias afin de leur faire prendre conscience de leur pouvoir sociétal en les incitant à s'inscrire dans une démarche favorable pour les personnes consommatrices.

Ces stigmatisations, véhiculées par notre langage, ont un grand impact et ne sont pas dépourvues de conséquences.

1.3.4 Les conséquences

³⁴ « Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante ».

³⁵ « Santé et droits des personnes usagères de drogues ».

Les conséquences des stigmatisations et discriminations à l'encontre des personnes consommatrices de produits psychoactifs illicites sont multiples mais peuvent être gravissimes. Premièrement, ces stigmatisation amènent à des sentiments de honte, de rejet voir d'inutilité qui peuvent majorer les consommations mais également conduire à une auto stigmatisation. On peut définir l'autostigmatisation comme *“un processus par lequel les individus affectés endossent les stéréotypes, intériorisent les préjugés et finissent par anticiper le rejet social lié à leur condition”*³⁶. Il semblerait que *“les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives subissent un degré élevé de stigmatisation intériorisée”*. L'intériorisation est alors un premier obstacle à la création d'un lien avec autrui, notamment un professionnel de santé. Elles sont de manière générale des freins à l'accès aux soins. En effet, elles peuvent causer une réticence à l'appel des secours lors par exemple de surdose ou d'overdose qui peut alors aller jusqu'au décès. Par ailleurs, les multiples mauvaises expériences vécues dans les établissements de soins ont conduit à une méfiance vis-à-vis des institutions et des professionnel.les de santé qui crée un obstacle à l'accès aux soins. Cela entraîne des retards de prise en soins ou même un renoncement de celles-ci, ce qui peut engendrer des complications d'une extrême gravité. Nous reviendrons plus en détail, en deuxième partie, sur les mécanismes internes aux lieux de soins provoquant de la stigmatisation et une barrière à leur accès. Enfin, lorsque l'accès aux soins est compromis, cela augmente les risques de précarisation et de marginalisation ce qui peut intensifier les sentiments d'isolement et d'exclusion, favoriser les pratiques à risque et donc renforcer les barrières aux prises en soins et à la prévention en ancrant d'autant plus les représentations négatives. Afin de résumer les différentes notions abordées auparavant, il m'a semblé pertinent de réaliser un schéma :

³⁶ Milan et Varescon, « Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives ».

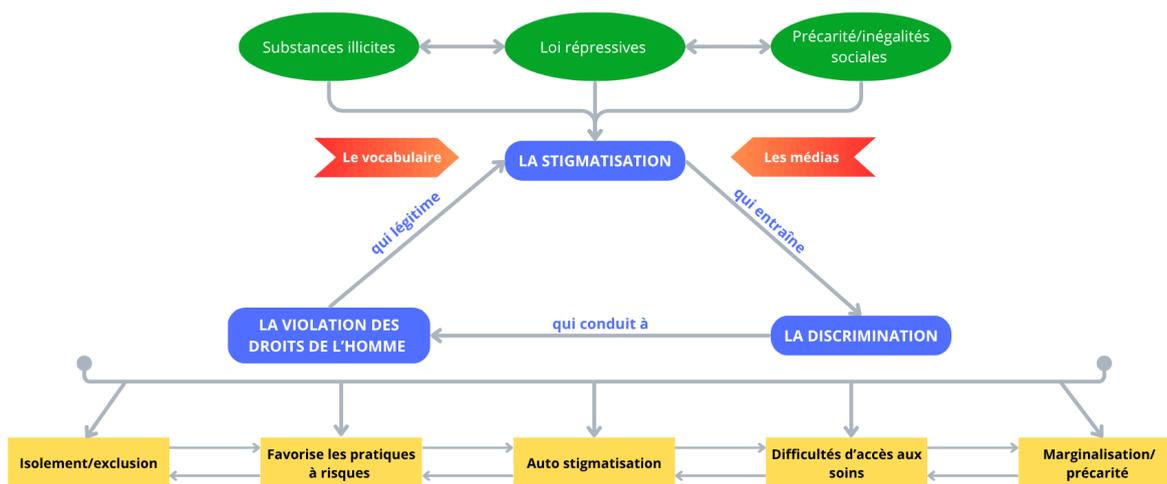


Schéma des causes et conséquences de la stigmatisation

2. Du cloisonnement des soins à la santé publique, les enjeux et conséquences pour les personnes consommatrices.

2.1- Cloisonnement des soins

Le système de soins français s'est construit en plusieurs branches, avec des organisations et des financements différents voir indépendants. En effet, les systèmes hospitaliers et libéraux ainsi que les secteurs de la psychiatrie et du médico-social ont des origines, des financements et des logiques de fonctionnement distinctes ce qui amène à une organisation cloisonnée des soins et à un découpage des compétences avec pas ou peu de coordination entre eux et donc peu de continuité de soins³⁷. De multiples lois et systèmes ont été mis en place pour tenter de pallier ce cloisonnement. Une des premières, en France, a été l'instauration de réseaux ville-hôpital au moment où il s'imposait une coordination dans les prises en soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Par la suite, d'autres réseaux se sont créés, notamment pour répondre aux besoins spécifiques des personnes consommatrices de produits psychoactifs et aux personnes précaires. De nombreuses autres initiatives ont été mises en place pour décentrer les pouvoirs de l'état au niveau local et renforcer l'appui à la coordination³⁸ : CLIC, ARS, réseau

³⁷ « Repenser le système de soins sur un fondement éthique ».

³⁸ Vincent Kaufmann - Cours DU médiation en santé - Directeur de la santé à la ville de Montreuil

pluri-thématique, PTA, CPTS, DSR, DAC, etc.³⁹ Toutes n'ont pas duré, et se sont parfois remplacées les unes les autres. Il devient alors compliqué pour les professionnels d'en avoir une bonne connaissance et donc de les utiliser. En plus des manquements dans le maillage, cela peut également apparaître comme des systèmes palliatifs ne répondant pas aux besoins réels des personnes, autrement dit, ne permettant pas un accès effectif au système de santé notamment pour les personnes qui en sont le plus éloignées. L'OMS le notifie en 2024 : *“là où les soins sont accessibles, ils sont souvent fragmentés ou de mauvaise qualité ; les systèmes de santé ne répondent donc pas aux attentes et l'on reste peu satisfait des services de santé”*.⁴⁰

En ce qui concerne les personnes consommatrices, déjà fortement stigmatisées et parfois en situation de grande précarité, l'accès au système de soins est complexe. En plus de s'en sentir parfois rejeté, le manque de coordination entre les différentes structures de soins et sociales peut donner lieu à des prises en soins morcelées sans continuité, pouvant engendrer des ruptures de soins et/ou de traitements par démotivation ou abandon, renforçant ainsi leur stigmatisation.

Certains lieux d'accueil pour les personnes consommatrices de produits psychoactifs, comme les CAARUD et les HSA, ont, notamment, un rôle d'accompagnement et de coordination dans les parcours de soins. Ils sont souvent mal connus par les institutions et professionnels de santé mais jouent alors un rôle d'interface et de médiation entre le système de soins et social et les usagers. En ayant une approche d'aller vers et de faire avec mais aussi la possibilité d'accompagner physiquement les personnes, ils permettent de créer un lien ainsi qu'une porte d'entrée dans un parcours de soin qui était initialement impensable.

Ainsi, le cloisonnement contribue aux difficultés, pour les personnes consommatrices, d'accéder aux soins et renforce les inégalités sociales en santé, cela ne peut difficilement être résolu sans remettre en question notre système de soins actuel et la place qu'occupe la psychiatrie auprès des consommateurs.

2.2- La psychiatisation de l'addictologie

Michel Foucault présente certaines institutions comme un moyen politique de maintenir l'ordre social : l'école, l'usine, la prison par exemple, mais également

³⁹ Voir Lexique

⁴⁰ « OMS - cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne ».

l'hôpital psychiatrique (asile)⁴¹. Il les assimile à des lieux de contrôle, qui permettent de discipliner et de remettre dans la norme ceux qui en dévient. Considérant que les personnes usagères de drogues sont des personnes déviantes à la norme et souvent assimilés aux "fous", il est ainsi logique de proposer l'institution psychiatrique comme lieux de "soins". La prise en charge des "toxicomanes" est ainsi historiquement liée à la psychiatrie. A partir du XX^{ème} siècle, ils sont vus comme des "délinquants" qu'il faut soit punir, soit soigner, ce qui est renforcé par la loi de 1970. La psychiatrie est alors une alternative "médicale" à la justice, qui propose lors d'interpellation de personnes consommatrices de produits psychoactifs, d'abandonner toutes poursuites pénales à leurs égard si elles acceptent de se sevrer à l'hôpital. Cela apparaît comme un moyen de faire revenir à la norme. Les connotations négatives et stigmatisations que véhiculait le terme toxicomanie ont induit l'arrivée d'une nouvelle terminologie et conception d'approche, dans le milieu du soins porté notamment par des psychiatres : l'addictologie. Le diagnostic des addictions est alors répertorié dans le DSM-5 Il est d'ailleurs fréquent de trouver des services d'addictologies, des cures et des CSAPA au sein des hôpitaux psychiatriques, souvent gérés par des psychiatres et des professionnel.les de santé issu de la psychiatrie. Il existe des liens entre les troubles liés à l'usage de substance et l'apparition de troubles de santé mentale et inversement, mais la pathologisation de l'usage maintient dans une vision médicale basée sur la "guérison", excluant alors les facteurs individuels et ne valorise que très peu une approche globale se basant sur les besoins spécifiques des personnes et leur contexte de vie. Il n'est pas rare de voir au sein des services d'addictologie, des tests urinaires de dépistage de substances quasi systématiques ainsi que des personnes exclues de cure parce qu'elles ont consommé durant celles-ci. Nous pouvons interroger la pertinence de ces pratiques sur l'adhésion aux soins des personnes consommatrices. Dans les faits, les politiques de réduction des risques sont très peu valorisées dans les institutions de soins.

⁴¹ Sauvêtre, « Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions ».

2.3 Santé publique / réduction des risques

*“Les lois, les politiques et les pratiques nationales peuvent aussi encourager et perpétuer la discrimination dans les établissements de soins, en interdisant aux individus de chercher à obtenir toute la gamme des services de soins dont ils peuvent avoir besoin, ou en les décourageant de le faire. Certaines lois vont à l’encontre des données probantes établies en santé publique et des principes des droits humains. Les répercussions néfastes pour la santé et les droits humains de telles lois ont été démontrées.”*⁴² Cette déclaration faite par l’OMS en 2017, montre que les discriminations dans les parcours de soins existent et existeront tant que les politiques de santé iront à l’encontre d’une politique de santé publique.

Pourtant, dès 1986, l’OMS définit la promotion de la santé et ses pratiques d’actions en établissant la charte d’Ottawa⁴³. Son but est de mener à des changements profonds, en termes d’organisation et d’attitudes, des établissements mais également des professionnels de santé afin de changer nos visions et manières de “faire” du soins. Il est alors urgent de plaider pour des politiques de promotion de la santé inclusives qui permettent de garantir un accès aux soins pour tous.tes, contrairement aux politiques répressives et stigmatisantes, toujours palpables dans les établissements de soins. Pour cela il semble nécessaire, comme le préconise entre autres Didier Fassin⁴⁴, d’avoir une approche impliquant d’autres secteurs que celui de la santé, notamment pour répondre de manière efficace aux inégalités de santé et que cela est une question politique. En d’autres mots, cette approche ne peut se faire sans prendre en compte tous les déterminants de santé⁴⁵ comme mentionné dans la charte d’Ottawa.

Le modèle de réduction des risques et des dommages, qui par sa définition, s’inscrit totalement dans la logique de la santé publique et de la promotion de la santé. Il est alors surprenant de voir qu’elle reste très peu enseignée et promue, qu’elle n’est pas définie sur le site de santé publique France et parfois exclue des lieux de soins, type CSAPA. Par exemple, il a été interpellant lors d’accompagnements dans un CSAPA,

⁴² « Déclaration conjointe des Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins ».

⁴³ OMS, « Charte d’Ottawa ».

⁴⁴ Anthropologue, sociologue et médecin - Cours au Collège de France - Chaire de la santé publique

⁴⁵ Enseignement DU médiation en santé - Julie Figoni - Santé publique France / Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne

géré par un hôpital psychiatrique, de se rendre compte qu'il n'y avait pas de programme de réduction des risques et que ceci relevait d'un choix institutionnel, alors même que cette mission est obligatoire dans ces lieux depuis la loi de 2016 et que les lettres A et P signifient respectivement accompagnement et prévention. Nous voyons alors bien que la RdRd n'est pas encore reconnue comme un outil de prévention, mais comme une méthode vue parfois comme menaçante et en dehors d'une logique de soins. En 2020 l'HAS a communiqué des recommandations à destination des professionnels de santé des CSAPA et de leurs partenaires dont l'objectif est de les accompagner dans *« l'évolution de leurs pratiques et de leurs missions, en produisant des repères pour l'organisation, la mise en œuvre et l'articulation des activités de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective. »*⁴⁶ Les personnes ne s'inscrivant pas dans ces dynamiques d'abstinence sont alors orientées vers les CAARUD ou HSA, les associations communautaires ou d'auto-support qui basent leurs activités sur la réduction des risques et des dommages.

2.4 Quelques perspectives

Des associations qui accompagnent et militent pour les politiques de RdRd depuis les années 80, telles que Médecin du Monde et Aides, sont à l'initiative de plaidoyers qui visent à *« influencer les décideurs pour qu'ils effectuent des changements de politiques et/ou de pratiques »*⁴⁷, afin de retirer les lois répressives, de mettre en pratique les lois existantes mais non appliquées et la mise en place de nouvelles politiques pour réduire les inégalités de santé et lutter contre toute forme de stigmatisation afin de favoriser l'accès aux soins pour tous.tes.

L'identification des freins à la mise en place effective des politiques de réduction des risques est nécessaire pour comprendre où et comment agir. Nous pourrions penser à une reformation de notre système de soins et s'orienter vers d'autres modèles comme celui des soins intégrés. Il paraît déjà important d'actionner des leviers rapidement. En premier lieu, nous pouvons penser à l'élaboration de politiques de santé avec et pour les personnes concernées, sur le modèle des centres de santé communautaire, prenant en compte leurs déterminants de santé afin de réduire les

⁴⁶ « La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les CSAPA ».

⁴⁷ « Le plaidoyer à Médecin du Monde ».

inégalités en santé⁴⁸ , mais également l'interpellation des pouvoirs publics locaux afin d'adapter ces politiques aux besoins du territoire en se basant sur les équipes d'aller vers et des lieux d'accueil et d'accompagnement fonctionnels. Nous pouvons également penser à la formation des professionnels de santé en intégrant la réduction des risques dans leurs cursus et dans les lieux de soins.

Ainsi nous allons voir, comme le recommande l'OMS depuis 1986, en quoi la médiation en santé peut constituer un levier pour la promotion d'un système de soins plus juste, inclusif et adapté aux besoins des consommateurs.

3. Les enjeux de la médiation en santé

3.1 - La médiation en santé

Nous avons lors du DU de médiation en santé 2025, tenté d'en donner une définition en s'inspirant de nos enseignements et de la définition de l'HAS, afin de comprendre l'intérêt et le rôle des médiateur.ices en santé. Nous l'avons défini comme *“un processus qui a pour objectif de faciliter l'accès au soin des personnes éloignées du système de santé ou en manque d'informations. C'est un processus de tissage de liens entre les professionnel.les de santé et les patient.es qui permet de les maintenir dans le système de santé et de réduire les inégalités de santé. Les médiateur.ices doivent faire preuve d'écoute active, d'aller-vers, de non-jugement et d'une utilisation maîtrisée de leur réseau pour orienter, accompagner, autonomiser et améliorer l'état de santé global des personnes. Ils et elles tiennent également un rôle de sensibilisation auprès des professionnel.les de santé concernant les difficultés des patient.es à réaliser leur parcours de soins”*⁴⁹. Elle fait partie des politiques de promotion de la santé, déjà promues dans la charte d'Ottawa en 1986. Elle ne prend pas en compte seulement la santé de la personne mais tient compte des déterminants sociaux de santé afin d'inclure ses conditions de vie et le contexte social dans lequel elle évolue, c'est-à-dire d'avoir une vision globale de la santé. La médiation *“sanitaire”* est évoquée dans la loi de 2016 de modernisation du système de santé⁵⁰, et l'HAS a eu la mission d' *“élaborer un référentiel de compétences, de*

⁴⁸ Oliva Gross - DU médiation en santé - La démocratie en santé

⁴⁹ Définition de la médiation en santé - DU médiation en santé - Promotion 2025

⁵⁰ « Article 90 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance ».

*formation et de bonnes pratiques [...] en direction des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*⁵¹ dans l'optique de réduire les inégalités sociales de santé et d'amélioration de la santé, tant individuelle que collective. Elle contribue à lever des obstacles dans les parcours de soins et participe "à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder"⁵². Il est important de rappeler que la médiation en santé est apparue dans les années 1990 au sein des communautés les plus touchées par le VIH et dans les associations d'auto supports et communautaires. L'objectif était de faire valoir les droits, d'accompagner et de coordonner les parcours de soins, souvent difficiles et tragiques, des PVVIH. Ainsi la médiation servait d'interface entre les professionnel.les de santé qui avaient des représentations parfois très négatives et les PVVIH dans le but d'améliorer leurs accès aux soins mais également de pouvoir changer les représentations à leur égard.

3.2 - La médiation, un outil de réduction des risques

Nous pouvons penser la médiation en santé, par sa philosophie et son histoire, comme un outil de réduction des risques. L'illégalité et la désapprobation morale de l'usage de substances psychoactives illicites et de ses pratiques, réduisent l'accès aux soins de celles et ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas arrêter et génèrent ainsi des risques sanitaires, sociaux et judiciaires.⁵³ La RdRd est alors une vision pragmatique, prenant en compte l'ensemble de ces risques et amène à construire des solutions avec et pour la personne, en renforçant son pouvoir d'agir. Connaître les spécificités du public que nous accueillons, c'est pouvoir les informer de manière plus juste et objective, les renseigner sur leurs droits afin qu'ils-elles puissent faire leurs propres choix, de manière éclairée. La capacité d'agir, souvent appelée empowerment, est définie comme "*un processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires*"⁵⁴, il est alors question de redonner aux personnes le

⁵¹ « HAS - La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ».

⁵² « La santé en action - Médiateur en santé : un nouveau métier pour réduire les inégalités ».

⁵³ « Réduction des risques à l'usage de drogues - Médecin du Monde ».

⁵⁴ Olivia Gross, « L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? »

pouvoir d’agir pour elles-mêmes, sur leur propre santé, dans une optique d’autonomisation et non d’assistanat. Mais elle nécessite d’être replacée dans un contexte social pour ne pas faire reposer des problèmes systémiques et structurels de manière individuelle⁵⁵.

En tant que médiateur.ice, s’ancre dans un modèle de réduction des risques basé sur un accueil et un accompagnement non jugeant et basé sur l’autonomisation, favorise la personne à identifier ses besoins et à acquérir les ressources pour parvenir à y répondre. L’approche centrée sur la personne, l’incluant comme partenaire de ses propres soins⁵⁶ peut alors permettre de limiter les rapports de pouvoir et de redonner à la personne une position d’experte d’elle-même.

C’est dans cette perspective que s’inscrit la santé communautaire, en réfléchissant et s’organisant afin d’agir positivement sur les déterminants de santé à l’échelle individuelle et sociétale. Ceci au sein d’une équipe pluri-professionnelle ayant des savoirs différents mais complémentaires⁵⁷. La place des médiateur.ices, souvent méconnue en dehors des associations communautaires, paraît pourtant essentielle. Ils-elles se trouvent au croisement de beaucoup de professions, et “ *font partie d’une catégorie professionnelle peu marquée et catégorisée, à l’inverse des médecins, infirmières, psychologues qui font l’objet de représentations précises de la part des patients*”⁵⁸ comme le notifie Fabien Maguin, coordinateur de la médiation en santé à la Case de santé de Toulouse. Il peut alors servir de pont entre les autres professionnel.les et faciliter la coordination ou permettre une continuité entre le social et les soins. Nous avons vu que les consommateur.ices, du fait des nombreuses stigmatisations, étaient souvent exclu.es des lieux de soins. Il peut alors être alors bénéfique, lorsqu’un lien de confiance est établi, de pouvoir proposer des accompagnements vers ces lieux. Cela peut permettre d’apporter plus de compréhension aux professionnel.les sur la situation de la personne, et ainsi, de construire des réponses et solutions plus adaptées à ses besoins et sa réalité. Par exemple, en accord avec la personne, nous pouvons lors d’une hospitalisation maintenir un lien entre elle et l’équipe. Cela peut permettre un accueil adapté à ses besoins, d’éviter d’éventuelles incompréhensions, favoriser une meilleure adhésion aux soins, anticiper et organiser la sortie sans rupture de suivi ou de traitement. La

⁵⁵ Olivia Gross.

⁵⁶ Modèle de Montréal 2015

⁵⁷ « Notre charte | Réseau des Centres de Santé Communautaire ».

⁵⁸ « La santé en action - Médiateur en santé : un nouveau métier pour réduire les inégalités ».

réduction des risques en créant des outils et des lieux nouveaux, s'adaptent aux besoins des publics oubliés, exclus des autres dispositifs. Ces outils partent de là où en sont les personnes, pour éviter de créer des situations d'échec tout en répondant au mieux à leurs besoins.

3.3 - Les moyens

Afin de créer un contact et un lien avec les personnes, il paraît primordial de réfléchir à la manière d'accueillir. En effet c'est un moment clé dans l'accompagnement, pour mettre le public accueilli en confiance sans forcément passer par la parole. Cela nécessite de s'éloigner des habitudes et logiques institutionnelles souvent très administratives qui tendent à faire fuir les personnes rejetées par celles-ci. Par exemple, proposer un lieu chaleureux, où l'on peut se poser, boire un café, se ravitailler, charger son téléphone, parler avec d'autres personnes, laver ses vêtements, peut faciliter la création d'un lien de confiance et faire partie intégrante des soins sans ramener les personnes à leur situation et leurs consommations.

La stigmatisation et discrimination que subissent les personnes consommatrices les amènent à être éloignés ou exclus de tout type d'institution. L' "aller-vers" peut alors être envisagé pour aller directement là où les personnes se trouvent. Elle permet d'établir un premier contact, qui peut être un échange simple, la proposition de matériel de réduction des risques qui répond parfois à un besoin immédiat mais qui peut faciliter l'instauration d'un lien. Elle peut servir à redonner accès aux aides sans que cela soit une attente⁵⁹. La posture que nous adoptons que ce soit dans l'accueil, l'aller vers et dans les accompagnements est déterminante. Il est nécessaire d'établir un lien de confiance excluant tout jugement à propos de leurs consommations et de leurs pratiques. L'accueil, comme il est proposé dans les CAARUD et les HSA permet un accès inconditionnel à tous.tes de manière anonyme, sans condition préalable et sans nécessité d'abstinence. L'écoute active, l'empathie, la suspension de jugement, l'acceptation et la congruence sont des attitudes nécessaires à l'adoption d'une posture qui nous permet de connaître et identifier la situation, l'environnement et les freins de la personne et de nous y adapter. Elle favorise

⁵⁹ La santé en action « « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations ».

également le renforcement de sa capacité d'agir pour elle. Il me paraît important de développer chacune de ses attitudes⁶⁰ :

- L'écoute active demande une observation et une écoute tant sur ce que l'autre nous dit verbalement, que corporellement et émotionnellement. Mais elle demande également une écoute de nous même, de comprendre ce que l'autre provoque en nous. C'est la "*notion d'éveil*", de tout ce qui nous entoure, de l'environnement de l'autre et de nous même.
- L'empathie, qui consiste à comprendre que le monde de l'autre n'est pas le nôtre et inversement. Il nécessite alors de comprendre le fonctionnement et d'accepter le cadre de référence de l'autre pour entrer en contact avec lui ou elle. C'est un outil de compréhension qui ne peut être dissocié de l'écoute active
- La suspension de jugement implique la suspension temporaire de nos normes et valeurs, de comprendre et accepter qu'elles ne sont pas forcément les mêmes que l'autre. Imposer les nôtres revient à penser qu'elles sont plus légitimes que les siennes et peut favoriser l'installation d'une relation hiérarchique et du jugement à son égard.
- L'acceptation (ou considération positive inconditionnelle) : c'est montré à l'autre de manière verbale et non verbale que nous le considérons et l'acceptons dans sa totalité sans pour autant adhérer à son monde. Cela implique de se questionner sur nos propres limites.
- La congruence c'est questionner le fait d'être en accord avec soi-même, avec ses propres émotions et avec nos réflexions. Elle a pour but de favoriser la congruence de l'autre et demande alors d'être authentique tant avec soi-même qu'avec l'autre.

Ces attitudes doivent être combinées entre elles, afin de favoriser la création d'un espace de parole où l'utilisateur peut exprimer ses besoins, ses difficultés et ses priorités. Cette posture instaure un lien de confiance, une identification des freins individuels et sociétaux et permet d'accompagner l'utilisateur à faire ses propres choix, adaptés à son environnement. C'est une étape nécessaire et essentielle pour faire valoir ses droits et ainsi favoriser l'accès aux soins. Elles font alors partie intégrante des politiques de réduction des risques.

⁶⁰ Enseignement Stephanie Esteve-Terre - DU médiation en santé 2025

Pour accompagner au mieux les personnes dans leurs besoins, le travail en réseau est primordial. Travailler en réseau, c'est connaître les spécificités de chaque établissement et avoir identifié des personnes ressources. Cela facilite les échanges, permet d'orienter vers les endroits les plus adaptés aux situations des personnes mais également à fluidifier le parcours de soins. La médiation en santé s'inscrit dans un travail en réseau interdisciplinaire ce qui peut contribuer à faire évoluer les représentations sociales vis-à-vis du public consommateur.

Conclusion

L'objectif de ce travail était de relever et d'analyser l'origine des représentations sociales à l'égard des usager.ères de drogues ainsi que de démontrer leurs conséquences négatives dans le but d'améliorer leur accès aux soins. Comprendre historiquement l'origine et les mécanismes des stigmatisations et discriminations permet de relever les failles d'un système de santé qui prône, théoriquement, un accès égal pour tous et toutes. Il s'agit alors de repérer, alerter et interpeller les manquements du système judiciaire et de soins. La répression de l'usage de substances perpétue des stigmatisations et discriminations, ce qui tend à renforcer la marginalisation et l'exclusion des consommateur.ices. Les lois répressives sont néfastes autant pour la santé individuelle qu'en termes de santé publique. Il ne s'agit pas de promouvoir l'usage de drogues mais bien de promouvoir l'intérêt des politiques de réduction des risques. Le cloisonnement institutionnel du système de soins français et la psychiatisation des usager.ères accentuent les difficultés d'accès au système de soins et précarise les consommateur.ices.

Les politiques de réduction des risques visent à limiter les dommages liés à l'usage de substances psychoactives, en tenant compte des répercussions sociales, sanitaires et économiques, tout en donnant les moyens aux usager.ères de réduire les risques auxquels il-elles sont exposé.es. Elle a pour but de les amener à trouver des solutions adaptées à leur situation afin d'améliorer leur santé.

S'inscrivant plus largement dans des politiques de santé publique et de promotion de la santé, elle favorise une approche plus globale de la santé, prenant en compte les spécificités de chacun.e. Elle implique de remettre en question nos pratiques, notre langage et nos attitudes, mais également de réfléchir à des modes d'action afin d'agir sur tous les déterminants sociaux de santé.

La médiation en santé a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes éloignées du système de santé. Elle s'inscrit alors comme un moyen de mettre en pratique les politiques de RdRd, en proposant un accompagnement centré sur les usager.ères dans le but d'augmenter leur capacité d'agir. En tant qu'interface entre les usager.ères et les professionnel.les de santé, elle contribue à trouver des moyens pragmatiques afin de réduire les inégalités sociales de santé.

L'accès à la santé est un droit fondamental, il est alors primordial que notre système le rende effectif à tous et toutes de manière juste et inclusive.

Bibliographie

- Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie (s. d.). Consulté le 7 mai 2025.
- Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en oeuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles (s. d.). Consulté le 7 mai 2025.
- « Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque » - Légifrance ». Consulté le 25 avril 2025.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032291220/>.
- Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" » (s. d.). Consulté le 25 avril 2025.
- « Article 12 - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) - Légifrance ». Consulté le 7 mai 2025.
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000002433632/.
- « Article 41 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance ». Consulté le 7 mai 2025.
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913098.
- « Article 90 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance ». Consulté le 26 mai 2025.
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913426/.
- Blancke, Chloé. « L'addiction aux drogues illicites en France: science médicale de la dépendance et encadrement sanitaire des usagers », s. d.
- Comité départementale pour l'éducation à la santé - Alpes Maritimes. « Les représentations sociales », s. d.
- « Déclaration conjointe des Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins ». Consulté le 20 mai 2025.
<https://www.who.int/fr/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>.
- « Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) - Légifrance ». Consulté le 7 mai 2025.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000265437>.
- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, 2007-877 § (2007).
- « En stigmatisant les consommateurs, le ministre de l'Intérieur tente de cacher l'échec de sa politique des drogues ». Consulté le 11 mai 2025.
https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/20230926%20CP%20Darmanin.pdf.
- « Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP 2018) ». Consulté le 8 mai 2025.
https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3695-doc_num--explnum_id-28965-.pdf.
- Gwenn Menvielle et Thierry Lang. « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution - Haut conseil de la santé publique ». *Actualité et dossier en santé*

- publique*, n° 113 (s. d.).
- « HAS - La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins », 2017.
- Inserm. « Salles de consommation à moindre risque : rapport scientifique – Mai 2021 ». Inserm, *La science pour la santé*. Consulté le 8 mai 2025.
<https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/>.
- Jauffret-Roustide, Marie. « Les inégalités sociales dans le champ des addictions ». *Les Tribunes de la santé* 43, n° 2 (15 juillet 2014): 61-68.
<https://doi.org/10.3917/seve.043.0061>.
- Jodelet, Denise. « Chapitre 1 - Représentations sociales : un domaine en expansion ». In *Les représentations sociales*, 7:45-78. Presses Universitaires de France, 2003. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>.
- « La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les CSAPA ». Consulté le 22 mai 2025.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa_recommandations.pdf.
- « La santé en action - Médiateur en santé : un nouveau métier pour réduire les inégalités », n° 460 (juin 2022).
- La santé en action et Yves Géry. « « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations », n° 458 (s. d.).
- « Le plaidoyer à Médecin du Monde ». Consulté le 23 mai 2025.
https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/Livret-Plaidoyer_FR.pdf.
- « Les haltes soins addictions : Un dispositif expérimenté depuis 2016 pour réduire les risques et nuisances associés à la consommation de stupéfiants dans l'espace public ». Consulté le 8 mai 2025.
<https://portail-addictions-occitanie.fr/wp-content/uploads/2024/12/Rapport-Haltes-Soins-Addictions-HSA-2024-1.pdf>.
- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 RELATIVE AUX MESURES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, ET A LA REPRESSION DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENENEUSES, 70-1320 § (1970).
- Médecins du Monde. « Mieux comprendre la Réduction des Risques ». Consulté le 29 mai 2025.
<https://www.medecinsdumonde.org/medecins-du-monde/quelques-definitions-pour-mieux-comprendre-la-reduction-des-risques/>.
- Médecins du Monde. « Réduction des risques à l'usage de drogues - Médecin du Monde ». Consulté le 28 mai 2025.
<https://www.medecinsdumonde.org/action/reduction-des-risques/>.
- Milan, L., et I. Varescon. « Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature ». *Psychologie Française* 67, n° 2 (1 juin 2022): 99-128.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>.
- « Notre charte | Réseau des Centres de Santé Communautaire ». Consulté le 29 mai 2025. <https://reseau-cdsc.fr/notre-charte/>.
- Nourrisson, Didier. « La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français ». *Drogues, santé et société* 16, n° 2 (13 novembre 2017): 1-14.
<https://doi.org/10.7202/1041850ar>.

- Olivia Gross. « L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? », n° 453 (2020).
- OMS. « Charte d'Ottawa », s. d.
« OMS - cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne ». Consulté le 13 mai 2025.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_32-fr.pdf.
- « Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante », s. d.
- Plumauzille, Clyde, et Mathilde Rossigneux-Méheust. « Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique » ». *Hypothèses* 17, n° 1 (2014): 215-28. <https://doi.org/10.3917/hyp.131.0215>.
- « Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA ». Consulté le 28 mai 2025.
<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>.
- « Réduction des risques liés à l'usage de drogues ». Consulté le 7 mai 2025.
<http://www.aides.org/reduction-des-risques-lies-usage-de-drogues>.
- « Repenser le système de soins sur un fondement éthique ». Consulté le 13 mai 2025.
https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf.
- « Santé et droits des personnes usagères de drogues ». Consulté le 10 mai 2025.
https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2021/12/MdM_DrugPolicy-FR-low.pdf.
- Sauvêtre, Pierre. « Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions ». *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 17 (1 novembre 2009): 165-77. <https://doi.org/10.4000/traces.4262>.
- « Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH | UNAIDS ». Consulté le 10 mai 2025.
https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2005/20051005_jc999-humrightsviol_en.pdf.
- « Stigmatisation et médias ». Consulté le 10 mai 2025.
<https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2019/07/QuitStigma-Recommandations-Media-fr.pdf>.
- « Substance psychoactive – Lexique de la prévention - infodrog.ch ». Consulté le 28 avril 2025.
<https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/substance-psychoactive.html>.