

# LES GROUPES D'AUTO-SUPPORT D'USAGERS DE DROGUES

## Résumé

*"Cet article est constitué de deux parties. La première est une synthèse de l'histoire, du rôle et des fonctions des groupes d'auto-support sur le plan international (A. Toufik) ; la seconde (M. Jauffret), réalisée à partir d'un travail de recherche en cours, présente deux modèles de groupes d'auto-support et d'entraide : le groupe ASUD et Narcotiques Anonymes (NA). L'objectif de ASUD vise à développer l'identité commune des usagers, à militer contre la répression et à être reconnu comme partenaire et expert à part entière dans la lutte contre le sida. L'objectif de NA est l'abstinence totale des usagers et l'adoption de comportements individuels grâce à une approche communautaire de soutien individuel, ceci dans une logique d'indépendance et de fermeture du groupe vis-à-vis de toute contribution extérieure. Les groupes d'auto-support peuvent être rattachés historiquement, d'une part, au modèle américain, naissance de NA dans les années 50, et apparition des modèles cliniques associant les usagers à leur traitement ; d'autre part, au modèle hollandais des Junkiebonds dans les années 80. Depuis l'apparition du Sida la nature des groupes s'est transformée et se fonde sur trois concepts : éducation par les pairs, auto-support (action collective), auto-organisation (entraide mutuelle). Le développement du mouvement en Europe (création de l'association EIGDU) est analysé ainsi que les fondements théoriques du rôle de l'auto-support dans la prévention. Ce dossier présente deux bibliographies TOXIBASE de 18 et 9 références."*

## DEFINITION - CONCEPTS ET HISTORIQUE DES GROUPES D'AUTO-SUPPORT

Abdalla TOUFIK\*

### I. INTRODUCTION

Durant ces dernières années, quelques dizaines de groupes d'auto-support ("self-help groups") d'usagers de drogues ont vu le jour partout en Europe. Devant l'extension rapide de l'épidémie de VIH parmi la population des usagers de drogues, d'une part, et, d'autre part, devant l'extrême difficulté de faire de la prévention au sein d'un groupe social clandestin, les pouvoirs publics se sont trouvés devant une situation contradictoire : la drogue est interdite ainsi que son usage, ce qui renvoie les usagers à la clandestinité, alors que la nécessité de stopper rapidement l'épidémie requiert au contraire la visibilité du même groupe comme condition indispensable pour que le message préventif atteigne sa cible.

Résoudre cette contradiction nécessitait l'élaboration de plusieurs modèles pour tenter de concilier la prohibition des drogues et les besoins impérieux de la prévention.

Les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont les deux pays d'Europe qui ont le plus essayé d'apporter des réponses à cette contradiction. Ils ont élaboré un ensemble de politiques cohérentes basées sur un nouveau principe : la réduction des risques ("harm reduction policies").

Les axes principaux (Toufik 1992a) de cette politique sont les suivants :

- Des programmes massifs de maintenance aux produits de substitution, essentiellement la méthadone.

---

\* Sociologue Pôle Recherche, Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) Ile-de-France  
192, rue Lecourbe - 75015 Paris

- 2
- La recherche de nouvelles procédures de travail social : le ciblage systématique des populations difficiles à atteindre ("outreach work") et l'éducation par les pairs ("peer education").
  - Soutien aux groupes d'auto-support existants ("self help groups"), ou encouragement à leur formation s'ils n'existent pas encore.

Ces trois axes de travail, tout en visant des objectifs différents, sont complémentaires dans leur finalité :

- L'éducation par les pairs vise au changement du comportement individuel.
- Les programmes de méthadone visent au changement de style de vie, principalement à la sortie de la clandestinité.
- L'auto-support vise à changer les normes dans la sous-culture de la drogue par une action "de l'intérieur".

## II. DEFINITION DE L'AUTO-SUPPORT

L'auto-support (self-help) est un terme générique qui recouvre des réalités qui doivent être distinguées. Dans son acception générale, le terme désigne selon De Katz et Bender (D. N. Nurco, P. Stephenson et al., 1990) *“un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, des "pairs", en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques : satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble.*

*A la base il y a un constat : les besoins de la catégorie sociale à laquelle le groupe appartient ne sont pas ou ne peuvent pas être satisfaits par ou au travers des institutions et mécanismes sociaux existants, d'où la nécessité de l'auto-organisation.*

*Outre l'aide matérielle et relationnelle, l'Auto-support peut aussi viser à promouvoir des idéologies ou des valeurs au travers desquelles les membres forgent et acquièrent une nouvelle identité. Il offre souvent à ses membres une tribune, soit pour informer l'opinion publique sur le problème concernant le groupe ou pour corriger des idées fausses.”*

La participation des usagers des drogues à la prévention à trois dénominations différentes : éducation de pairs, auto-support et enfin auto-organisation. Ces trois concepts partagent en commun la même idée de base : les toxicomanes ont les ressources nécessaires, la capacité de trouver par eux-mêmes et pour eux-mêmes, les réponses adéquates aux problèmes auxquels ils sont confrontés. L'éducation par les pairs aura donc le sens d'auto-éducation, l'auto-support, le sens d'entraide au niveau individuel, et enfin l'auto-organisation, le sens d'entraide au niveau collectif.

La définition de Katz et Bender ne fait, cependant, aucune distinction, entre auto-support et auto-organisation. Les deux concepts seraient, donc, interchangeables.

Or, ces deux concepts, non seulement, ne sont pas synonymes mais ne sont pas de la même nature.

Le concept de self-help (auto-support) désigne le **processus** par lequel un groupe ou une communauté, employant ses propres ressources, parvient à résoudre un problème spécifique. Il s'oppose, sans l'exclure, à l'assistantat, et accorde peu de place à l'intervention d'éléments extérieurs.

- 3 L'auto-organisation, en revanche, n'est qu'une **modalité** du processus de self-help. L'autre modalité est l'entraide individuelle, informelle ou formelle comme c'est le cas des groupes de soutien (support).

### ***Auto-suppport et éducation par les pairs***

L'éducation par les pairs, "peer education" en anglais, aussi appelée "éducation horizontale", est une méthode d'intervention sociale qui stipule que les membres issus d'un groupe ou d'une communauté donnés, sont, de par leur connaissance des codes, des langages et de la psychologie desdits groupes et communautés, les plus aptes à éduquer les membres de ces groupes ou communautés dans le sens requis. Cela s'applique à toutes les communautés : toxicomanes, homosexuels, prostitués, groupes ethniques, etc.

Ce type de pratique est très utilisé en direction des groupes stigmatisés pour certaines questions sensibles, où l'intervention des éléments extérieurs (travailleurs sociaux) peut être perçue par le groupe comme une désignation de celui-ci comme constituant une communauté "à problème".

L'éducation par les pairs fait partie intégrante de la philosophie de l'auto-suppport. Cependant, cette philosophie, en tant qu'auto-organisation de groupe, comporte d'autres éléments caractéristiques qui la font différer sensiblement de l'éducation par les pairs. Ce ne sont plus quelques éléments qui en éduquent d'autres, mais c'est la communauté elle-même qui prend conscience de son existence en tant que groupe identitaire distinct, capable de produire lui-même les changements souhaités.

Une autre différence est relative au but poursuivi. L'éducation par les pairs vise au changement dans le comportement individuel, alors que l'auto-suppport vise aussi et surtout au changement dans le style de vie de l'ensemble et de la sous-culture considérée : changer les "normes de risques", autrefois hautement valorisées par cette culture, en "normes de réduction des risques".

## **III. ORIGINES DE L'AUTO-SUPPORT**

Selon certains auteurs (BLANC B. *et al* 1986) le vocable *self-help* aurait été créé en 1945 au *Colonial office* de Londres. L'administration britannique reprit les principes et méthodes du *self-help* en vue de les appliquer à l'éducation des masses indiennes. Toutefois, le terme de *self-help* désignait plus à l'époque une approche communautaire qu'une approche identitaire.

Le mouvement de *self-help* des usagers de drogues actuel trouve son origine dans deux modèles différents - chronologiquement antérieur au Sida - qu'on appellera le modèle américain et le modèle hollandais (Toufik 1993).

### **1. Le modèle américain**

Pour ce qui est du modèle américain, David Nurco (1981) souligne que le développement rapide du mouvement de *self-help* aux Etats-Unis est intimement lié aux valeurs individualistes, volontaristes, et anti-étatiques américaines, qui sont le reflet de la manière dont les gens doivent résoudre leurs problèmes ("*do it yourself!*"). La limite du self-help réside dans la prise en compte de l'individu en tant que cause exclusive de ses problèmes. En effet, elle néglige des causes qui pourraient lui être extérieures, donc par conséquent des moyens de les traiter qui ne reposeraient pas sur une action de la personne.

#### ***Narcotic anonymous***

Les Narcotiques Anonymes furent les premiers groupes *self-help* à l'intention des usagers de drogues. Fondés au début des années 50 par des membres des *Alcoholics anonymous* et calqués sur les structures et l'organisation de celui-ci, ils en reprendront aussi le principe : une prise de responsabilité par le sujet de ses propres problèmes. L'aide doit venir de la personne elle-même suivie d'un accompagnement et du soutien de ceux qui souffrent des mêmes

- 4 problèmes. Enfin, cette méthode passe par un rejet de tout soutien extérieur, qu'il soit gouvernemental, institutionnel ou professionnel.

### ***Medical self-help.***

Ce courant est appelé aussi "*after care/relapse prevention*". Il s'agit là de groupes formés par des professionnels faisant partie du traitement, afin d'éviter les risques de rechute après les sevrages physiques et pour les clients des programmes de maintenance à la méthadone.

On peut identifier deux variantes de ce modèle :

#### La R.T.S.H. (Recovery Training and Self-Help)

qui consiste (NIAD 93, Mc Auliffe et al.1986) en un stage de postcure d'une durée de six mois à l'intention des toxicomanes. Le programme est composé de quatre parties : a) une session formelle qui a lieu deux fois par mois, elle est animée par un professionnel et un ex-usager ; b) une session de *self-help* hebdomadaire animée par l'ex-usager sans la présence du professionnel ; c) des week-ends d'activités récréatives ; d) un réseau de soutien entreprenant une action axée sur le long terme.

#### Le C.G.S.H. (Clinically Guided Self-Help)

Il concerne uniquement des patients déjà stabilisés par la méthadone (Nurco D. et al., *After care relapse prevention and the self-help movement, 1991*). Ces patients doivent former leur groupe en fonction de leurs besoins et intérêts. Dans ce modèle le rôle des *staffs* cliniques est déterminant. L'existence de ce modèle repose sur le fait que beaucoup des individus substitués à la méthadone se trouvent dans une situation où leur vie est structurée autour du programme de substitution, sans pour autant avoir des contacts réels avec d'autres membres de la société, exception faite de leur pairs. Le but du programme est donc de développer les compétences nécessaires pour rendre ces contacts possibles avec des personnes extérieures à la communauté.

## **2. Le modèle hollandais**

Quant au modèle hollandais, il s'agit du mouvement des *junkiebonds* qui a occupé l'avant scène de la drogue durant les années 80. Contrairement au modèle américain, les *junkiebonds* sont nés hors du champ médical et quelques fois en opposition à celui-ci. Par ailleurs, à la différence du *Narcotic anonymous*, les fondateurs ne sont pas des ex-usagers et ils ne prônent pas l'abstinence bien au contraire, ils revendiquent le droit des usagers à la libre gestion de leur corps et de leur vie. on trouvera une description détaillée de l'historique des *Junkiebonds* dans la partie VII de cet article.

L'ébauche des travaux de recherches psychologiques et sociologiques sur le *self-help* dans le domaine de la santé et de la maladie est relativement récente. En effet, jusqu'à la deuxième moitié des années 70, peu d'attention fut prêtée au mouvement de *self-help* alors en plein développement. Autour de cette période, aussi bien les professionnels de la santé que les chercheurs en sciences sociales aux Etats-Unis ont pris conscience des ressources que laissait entrevoir cette méthode. La potentialité du *self-help* est ainsi reconnue comme un prolongement efficace des soins afin d'améliorer la qualité des services par une plus forte implication des patients eux-mêmes. Le tournant décisif de la recherche sur ce sujet se situe au moment de la publication, en 1978, du rapport de la *Commission of mental health*.<sup>1</sup> (Morton et borman, 1982).

---

<sup>1</sup>-Ce rapport fait état d'une recommandation en direction du gouvernement fédéral afin qu'il prenne des initiatives en matière de santé mentale notamment dans les domaines suivants : reconnaissance et fortification des réseaux naturels desquels les gens dépendent, comme la famille et les liens de parenté, les amis, le voisinage, les groupes de *self-help* et les autres associations de volontariat basées sur le principe de l'intimité et l'aide mutuelle. Une recommandation du rapport mandate les centres communautaires de santé mentale pour offrir un soutien aux groupes d'aide mutuelle et encourager d'autres organisations communautaires à la diffusion de soutiens méthodologiques pour faciliter la formation des groupes. Le rapport recommande aussi la formation de centres de

- 5 Le premier travail scientifique est celui de Morton et Borman (1982) intitulé "*Self-help groups for coping with crisis*." Ce travail porte sur quatre groupes de dimension nationale, il s'agit du "*Mended hearts*" qui est un *self-help group* pour des personnes ayant subi une opération à cœur ouvert ; du "*Women's consciousness raising group*", et du "*compassionate friends*" qui rassemblent des parents ayant perdu des enfants ; et enfin du "*Naim*" destiné aux veuves.

Aux Pays-Bas, si le mouvement des *junkiebond* a entraîné beaucoup de débats sur la scène politique et médiatique, il ne semble pas en revanche qu'il ait suscité beaucoup d'intérêt dans le champ de la recherche. En effet une seule thèse a été consacrée à ce sujet <sup>2</sup>.

#### **IV. OBSTACLES A LA FORMATION DES GROUPES D'AUTO-SUPPORT**

S'organiser en tant que groupe identitaire autonome n'est pas en soi une chose facile. S'organiser en tant que groupe stigmatisé et réprimé est encore plus difficile. La réussite d'une telle organisation est conditionnée par la capacité de ses membres fondateurs à surmonter certains obstacles relatifs à toute organisation naissante (S. R. FRIEDMAN - Collectif - 1987) : formuler des objectifs, élaborer une stratégie et fixer des moyens pour y parvenir, moyens humains et matériels, leadership.

Quant aux usagers de drogues eux-mêmes, il existe des obstacles supplémentaires qui méritent d'être mentionnés et discutés.

##### **1. Au niveau individuel**

Obstacles propres aux usagers eux-mêmes et à leur micro-société :

- ***La dépendance au produit***

S'organiser demande du temps et une attention difficile à assurer par les usagers. Les effets du produit et les conditions du marché de la drogue — trouver l'argent nécessaire, trouver le produit, etc. — et la "galère" qui en découle, absorbent beaucoup d'énergie, moralement et physiquement. Cette dépense d'énergie laisse peu de temps pour toute autre préoccupation et encore moins pour l'organisation. Cela est particulièrement vrai pour les utilisateurs de produits injectables, et notamment l'héroïne.

- ***Les conditions de survie matérielles***

L'usager actif type dépense généralement la plupart de ses ressources et revenus pour se procurer les produits dont il a besoin pour sa consommation journalière. Les ex-usagers, eux, sont souvent sans formation et sans emploi et n'ont pas non plus les ressources suffisantes pour apporter une aide financière et matérielle au groupe d'auto-support. L'autofinancement se trouve ainsi dans l'impasse du fait du manque de fonds et de moyens.

Un financement extérieur peut éventuellement débloquer la situation, mais cette solution n'est pas sans inconvénients. Elle implique de faire des concessions sur les revendications et les objectifs, qui pourraient finir par rendre suspecte l'indépendance du groupe aux yeux des usagers "de base".

Par ailleurs, le fait que les usagers de drogues ne soient pas considérés comme des personnes dignes de confiance en matière de gestion des fonds, associé au manque d'expérience de la vie communautaire organisée, attribuent la plupart du temps l'organisation aux professionnels, vécus comme étant les seuls capables d'assumer ce type de responsabilités.

---

formation et d'information sur le *self-help* dans chaque État. Il souligne aussi l'importance de la recherche de l'accroissement de la connaissance des mécanismes par lesquels le soutien social peut être efficace dans une contribution à la réduction de la détresse sous toutes ses formes.

<sup>2</sup>-Cette thèse n'a pas été traduite, ni publiée.

6 • *L'organisation sociale et la culture des usagers de drogues*

L'organisation sociale des usagers de drogues actifs tourne principalement autour du marché de la drogue. Les rapports entre dealers, revendeurs, et consommateurs sont gérés en fonction des conditions imposées par ce marché. Or, à chaque étape, à chaque moment et à chaque coin de rue, chacun de ces protagonistes présente un danger potentiel pour les autres.

La clandestinité dans laquelle vivent les usagers de drogues impose à son tour un type de rapports humains dominé par la méfiance réciproque et, souvent, le manque de solidarité.

Bien plus, dans ce contexte, l'organisation proposée pour faire face au danger du sida est en partie perçue comme une valeur négative, en opposition avec les valeurs positives de la sous-culture : affronter le danger.

• *L'intégration de l'image sociale stéréotypée du "toxicomane"*

En termes d'organisation, cette intégration est peut-être la plus difficile à surmonter. L'utilisateur méprisé, humilié, infantilisé ne croit plus en lui-même ni dans ses "pairs". Il se donne, peu ou pas du tout, le droit à la parole. Il agit dans certains cas comme une victime, mais bien plus souvent comme un coupable qui mérite le sort qui lui est réservé.

Prendre la parole, s'organiser, agir comme un citoyen ayant des droits et des devoirs est une étape difficile à franchir.

## **2. Au niveau sociétal**

L'usage de drogues est l'objet d'une répression au niveau légal et d'une stigmatisation sociale. L'organisation autonome des usagers de drogues est ainsi l'objet de nombreux écueils : harcèlement policier, poursuites judiciaires, hostilité de la presse et de l'opinion publique.

Quant aux institutions de soins spécialisées dans le traitement de la drogue, la question peut se poser du principe et des modalités éventuelles de leur soutien à l'organisation autonome des usagers de drogues.

Par ailleurs, certains usagers de drogues investis dans l'auto-support voient, à tort ou à raison, dans les institutions de soins des ennemis de la sous-culture de la drogue et craignent qu'elles leur soient hostiles ou bien essayent de les récupérer en les utilisant comme partenaires mineurs sous tutelle.

## **V. TYPOLOGIE DES GROUPES EXISTANTS EN EUROPE**

On peut dresser une classification des principaux groupes d'auto-support européens par l'examen des sept caractéristiques suivantes :

### **1) Groupes d'intérêt et groupes de support**

Les différences se situent à la fois dans le but recherché et les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

Tandis que les groupes de support offrent un soutien matériel ou psychologique aux usagers ou ex-usagers en tant qu'individus, les groupes d'intérêt privilégient les activités liées aux conditions de la répression, de la stigmatisation, de l'accès aux soins et des droits sociaux dans la communauté dans son ensemble, et ce, au travers d'actions qui sont profitables à ses membres de manière directe ou indirecte.

Cependant le partage entre "support" et "intérêt" n'est pas toujours aussi évident. Les exemples de groupes qui tentent de mener leurs actions sur les deux fronts sont nombreux, par exemple MDHG à Amsterdam ou ASUD en France.

## 7 **2) Les préoccupations relatives à l'usage de drogues**

- Empêcher la rechute des ex-usagers, par exemple Narcotiques Anonymes.
- Soutenir l'utilisateur actif, par exemple Junkiebond de Rotterdam.
- Aider ceux qui veulent s'arrêter comme ceux qui veulent continuer, par exemple San Severo en Italie.
- Soutenir les usagers substitués à la méthadone, par exemple Fixepoint à Berlin.

## **3) Les préoccupations relatives au VIH**

Faire de la prévention primaire de l'infection au VIH à l'égard de tous les usagers de drogues, par exemple ASUD de Paris.

Réserver le groupe aux seuls usagers séropositifs pour un soutien psychosocial, par exemple Grupo de Auto-Apoyo de Madrid.

## **4) La taille du groupe**

Groupes locaux, dont les activités se limitent souvent à une ville. Ces groupes sont en règle générale uniquement impliqués dans les activités de terrain, dans les activités d'auto-soutien de soutien individuel.

Groupes nationaux, qui sont souvent des groupes d'intérêt et complètent ainsi les activités de terrain et de soutien individuel aux usagers par des activités propagandistes à l'échelle nationale ou internationale, par exemple JES en Allemagne, ASUD en France, Mainliners en Angleterre, LILLA en Italie.

## **5) Le type de produit consommé**

- Quel que soit le produit consommé par les membres du groupe.
- Présence des seuls usagers de drogues dures (MDHG et Junkiebond de Rotterdam).
- Consommateurs de cannabis (CIRC, France).
- Consommateurs d'ecstasy (TECHNO +, France).
- Usagers de produits de substitution (Fix Point Allemagne et SAS en France).

## **6) La place des non-usagers dans les groupes**

- Groupes exclusivement réservés aux usagers de drogues (ASUD, Mainliners, N.A).
- Groupes mixtes d'usagers et de non-usagers, professionnels ou non, comme les partenaires (Auto-apoyo de Madrid et MDHG d'Amsterdam).

## **7) Le rôle et la place du professionnel**

Le rôle accordé aux professionnels dans le groupe fournit aussi un critère de classification des groupes d'auto-soutien.

Certains groupes existent et fonctionnent par l'intervention directe des professionnels, qui peut elle-même prendre des formes diverses :

- Soit dans un but thérapeutique et de soutien psychologique : il s'agit de groupes locaux, comme des groupes de séropositifs et malades du sida qui fonctionnent sur le principe des

groupes de parole, que l'on rencontre fréquemment en France ou ailleurs ; de même les groupes organisés dans le but d'empêcher la rechute après un sevrage (méthode plus utilisée en Amérique qu'en Europe).

- Soit une participation active dans la formation et la gestion des activités, comme le MDHG d'Amsterdam, dont le coordinateur était et est toujours un professionnel.
- Soit le professionnel impulse le mouvement et catalyse les énergies dans le but de former le groupe, mais se retire une fois le groupe formé et transforme son rôle en celui de soutien extérieur ou facilitateur ; c'est le cas du groupe ASUD de Paris.
- Soit les professionnels ne jouent aucun rôle, ni dans la formation, ni dans la gestion, par exemple Narcotiques Anonymes.

## VI. AUTO-SUPPORT ET GESTION D'UNE IDENTITE STIGMATISEE

Former un groupe d'auto-support d'usagers de drogues est, en quelque sorte, la revendication d'une identité.

La genèse d'un groupe d'auto-support d'usagers de drogues se déroule habituellement, pour la plupart des personnes qui l'entreprennent, suivant un processus que l'on peut décrire en trois étapes :

1) La stratégie individuelle "Je ne suis pas toxicomane, je suis comme tout le monde"

2) La stratégie collective, épouser son stigmate : "Nous sommes des toxicos et nous ne sommes pas comme les autres". Cette étape est caractérisée, dans sa transposition au niveau individuel, par l'affirmation suivante ; "Je suis une personne qui, bien que dépendante et utilisatrice d'un produit par voie intraveineuse interdit par la loi, se considère comme un citoyen à part entière. J'affirme ma différence mais je revendique le respect et la possibilité d'une prise de responsabilité face à la société."

Il arrive un moment où certains membres de la communauté réalisent la limite de la stratégie individuelle. Ils réalisent également que le moyen le plus adéquat est l'auto-organisation. Mais celle-ci les oblige à revendiquer leur stigmate comme identité.

La manifeste du groupe ASUD (1992) a bien exprimé ce dilemme : « *La mort dans l'âme* », « *nous sommes amenés aujourd'hui, certes avec détermination, à devoir, pour notre simple salut, mettre en avant notre statut de "toxicomane" que l'on nous impose. Sachant, au plus profond de nous mêmes, que la revendication de cette identité est le seul moyen vital que nous ayons trouvé pour qu'un jour, enfin libérés, nous puissions aller au-delà de la stricte nécessité de toute identité, pour devenir alors, ce que nous n'aurions jamais dû cesser d'être: citoyens comme-tout-le-monde, à part entière, avec ou sans drogue.* »

3) Le dépassement de l'identité stigmatisante : "Nous sommes des toxicos et nous sommes comme tout le monde."

Le dépassement de l'identité stigmatisante s'opère lorsque les deux autres étapes, surtout la deuxième, sont franchies. Cette troisième étape vient alors comme un aboutissement. Une fois que le but recherché est atteint, paradoxalement, on ne revendique plus d'être différent mais on considère cette différence comme secondaire par rapport à ce qui nous réunit avec les autres. Il est à souligner que ce dépassement n'est possible que lorsque la revendication de l'identité stigmatisante est satisfaite, c'est-à-dire reconnue par les autres comme telle. Le dépassement se réalise lorsque le stigmate d'origine n'est plus considéré comme tel. Le groupe anéantit ainsi sa raison d'être.



## 9 VII. GENESE ET DEVELOPPEMENT DU MOUVEMENT EN EUROPE (Toufik 1997)

### L'Auto-support modèle "Drogue"

Le premier *Junkiebond* est formé en 1980 à Rotterdam. Le *Rotterdam Junkiebond* est constitué en réponse concrète à un projet d'instauration d'un système de soins obligatoire pour les toxicomanes. Sa formation fut l'étincelle qui déclencha la formation des organisations similaires dans presque toutes les villes hollandaises. Les six années? entre 1981 et 1987? ont vu naître et mourir une quarantaine de ces *Junkiebonds* dont la durée de vie oscillait entre un et trois ans. C'est pourquoi, dans certaines villes plusieurs groupes se succédèrent.

Avec la formation de la *Fédération des Junkiebonds*, organe de coordination et de représentation, les usagers des drogues ont su donner une dimension nationale à leur mouvement.

Le mouvement atteint son apogée lorsque le Parlement adopte une motion présentée par le *Parti socialiste pacifiste*, qui stipule que le gouvernement hollandais doit se concerter, en matière de politique de la drogue, avec la Fédération des *Junkiebonds*. Les bases de ce que sera *le modèle hollandais* reposeront désormais, sur l'action conjointe des pouvoirs publics et d'un partenaire d'un genre nouveau : le toxicomane.

Les six années 1981-1987, sont à la fois les années de gloire du mouvement et en même temps celles qui annoncent son déclin : en effet, comme acteur politique l'auto-organisation des *junkies* ne survivra en tout et pour tout que dix ans. De multiples facteurs peuvent expliquer sa disparition. Le principal est que le mouvement des *Junkiebonds* eut comme raison d'être les conditions déplorables des toxicomanes dans leurs pays : carence du système de soins, répression, stigmatisation sociale, etc. Le partenariat entre les pouvoirs publics et les *junkiebonds*, en l'espace de quelques années, a ainsi permis d'instaurer une sorte de *modus vivendi* acceptable par tout le monde, usagers des drogues compris. Ce *modus vivendi* s'est concrétisé par des mesures de réduction des risques, notamment par la généralisation des programmes de substitution à "bas seuil" et du système de prise en charge sanitaire et sociale, déjà le plus développé d'Europe. Un partenariat avec la police, situant cette dernière davantage comme une pièce maîtresse du dispositif global de santé publique que comme une force de répression, fut mis en place. Objectivement, toutes les revendications du mouvement furent donc satisfaites. De surcroît, elles sont devenues la politique officielle du pays en matière de drogue. Les *Junkiebonds* par leur propre action ont, pour ainsi dire réduit à néant leur raison d'être.

### L'Auto-support modèle "Sida"

Quel que soit le pays, l'auto-organisation des usagers, concomitante à l'apparition du Sida, a peu en commun avec celle qui a survécu à la période antérieure à l'épidémie. Quatre différences essentielles, peuvent être évoquées. La première est relative à l'affirmation identitaire à travers le choix du nom des groupes. Tandis que des groupes font d'emblée le choix de noms qui soulignent leur affiliation directe au mouvement du lutte contre le Sida, des groupes préexistants à l'épidémie modifient leur noms, opérant ainsi une sorte de rupture avec leur propre histoire trop marquée par la drogue. Ce faisant, ils s'inscrivent, ainsi, à leur manière dans la mouvance large du Sida.

La deuxième différence se situe au niveau du champ d'action. Les groupes d'auto-support antérieurs au Sida - "modèle drogue"- y compris ceux qui effectuaient des actions de terrain, se définissaient essentiellement, comme étant des mouvements revendicatifs politiques, reconnus, financés comme tels par les pouvoirs publics. Les groupes d'auto-support — modèle Sida — postérieurs à l'émergence de l'épidémie, même s'ils effectuent, par ailleurs, des actions revendicatives et politiques, se définissent essentiellement comme des acteurs sur le terrain, et sont reconnus et financés uniquement comme tels par les pouvoirs publics.

- 10 La troisième différence est relative au rôle des groupes. Les nouveaux groupes sont appelés à assumer des responsabilités nouvelles. Des tâches inexistantes ou très marginales pour le “modèle drogue” sont aujourd’hui au cœur des activités du “modèle Sida”. Ces groupes initient, participent aux multiples actions de prévention, programmes d’échanges de seringues, diffusion dans la rue des messages préventifs à l’aide de supports écrits comme les journaux, les brochures, les affiches, etc.

La dernière différence entre les deux modèles concerne le degré d’autonomie du groupe. En terme de ressources, tant humaines que matérielles, l’auto-organisation du type *Junkiebonds*, se distingue par sa grande autonomie. Elle est composée quant aux ressources humaines, presque uniquement d’usagers, des sympathisants, des éléments extérieurs, certes, y participent, mais cette participation se limite aux tâches d’infrastructure sans pouvoir décisionnel. Pour ce qui est des ressources matérielles, les *Junkiebonds* ne reçoivent aucune subvention ou juste de quoi couvrir les frais de fonctionnement. Les leaders et les cadres ne sont pas rémunérés, le militantisme bénévole est la règle. A l’inverse, les groupes d’auto-support *modèle Sida* représentent un modèle opposé ; les ressources humaines sont composites, aux côtés des usagers il y a souvent des éléments extérieurs, notamment des professionnels du secteur sanitaire et social. Ces professionnels jouent un rôle capital, aussi bien dans la formation de ces groupes que dans leur gestion. En outre, en matière de ressources matérielles, les groupes du *modèle Sida* reçoivent des financements et les usagers qui y participent se professionnalisent, ils sont souvent rémunérés.

## **1. Les conditions objectives de l’émergence des groupes d’auto-support en Europe**

Pour qu’un groupe social donné s’auto-organise, des intérêts communs ne sont pas suffisants. Il lui faut un facteur extérieur qui soude les liens entre ses membres, donne un sens à son combat, en un mot : un ennemi ou un “facteur unificateur extérieur”.

Ce facteur unificateur se représente sous la forme d’une équation : répression/tolérance en matière de politique des drogues et du Sida. Lorsque la pression est très forte, le facteur unificateur existe mais les usagers sont en situation *anémique*. L’auto-organisation est extrêmement problématique, donc peu probable. Exception faite des Pays-Bas et du Royaume-Uni, c’est le cas de tous les pays d’Europe durant la période antérieure à l’apparition du Sida. Lorsque la pression est très faible, le facteur unificateur n’existe pas car l’ennemi n’est pas facilement identifiable. La capacité de mobilisation est faible. L’auto-organisation est possible mais peu probable. C’est la raison qui peut expliquer la disparition du mouvement du *junkiebonds* aux Pays-Bas et les difficultés d’émergence d’autres groupes. Cela peut expliquer également le retard de formation de l’auto-organisation des usagers au Royaume-Uni ; en effet, ils ne sont apparus que quelques années après le Sida. Lorsque la pression est ni très forte ni très faible, le facteur unificateur existe, l’ennemi extérieur est identifiable (répression) et les usagers sont en situation de stabilité relative (substitutions) propice à l’auto-organisation. La France et l’Allemagne sont aujourd’hui représentative de cette situation.

Le développement extraordinaire du mouvement de l’auto-support dans ces deux pays s’explique par des causes en apparence contradictoires : d’une part, une politique policière répressive en matière de drogue, qui se manifeste, entre autres, par la destruction des scènes ouvertes dans les villes où elles sont plus ou moins tolérées. D’autre part, une politique de santé publique qui se manifeste par une mise en oeuvre d’un ensemble de mesures qui s’inscrivent dans la droite ligne de l’approche de réduction des risques, notamment les programmes de substitution à la Méthadone. La répression représente l’ennemi, facteur unificateur indispensable à toute mobilisation et auto-organisation. Les mesures de réduction des risques dotent les usagers des moyens -matériels et humains- nécessaires à la naissance et au développement de cette auto-organisation.

## **2. Le réseau européen des groupes d’auto-support (EIGDU)**

- 11 A l'initiative du groupe d'auto-support allemand J.E.S. ("Junkies, Ex-junkies, Substitutes"). 30 usagers de drogues de sept pays européens se sont réunis en congrès à Berlin, en décembre 1990.

Ce premier congrès se donna pour tâche de développer un réseau européen des groupes d'auto-support existants et de stimuler la formation de tels groupes dans les pays où il n'en existait pas (Toufik 1992b)

Pour y parvenir, EIGDU se fixa quatre objectifs principaux :

- Accélérer la mise en place des politiques et projets de réduction des risques.
- Provoquer la renégociation des conventions internationales relatives à la drogue, en vue de donner la priorité à la lutte contre le sida au lieu de la "guerre à la drogue". Une guerre qui, pensaient-ils, limite à bien des égards les efforts de prévention du sida.
- Faciliter l'accès aux soins des usagers vivant avec le VIH, séropositifs ou malades, surtout ceux qui sont incarcérés.
- Etre reconnu par leurs gouvernements respectifs comme partenaires privilégiés pour tout ce qui concerne la prévention du sida dans leur communauté.

EIGDU se donne pour tâche à la fois d'organiser les usagers de drogues dans les pays où ils ne sont pas encore organisés, en vue de faire pression sur les décideurs : se constituer là où cela est possible, à l'échelle locale, nationale ou européenne, en groupe de pression et de lobbying.

Concrètement trois projets ont été mis en chantier, le premier est la préparation d'une déclaration européenne qui sera adoptée au 2ème Congrès, réunissant 49 participants à Berlin en décembre 1991. Les principales revendications de cette déclaration portent sur la facilitation de l'accès aux soins des personnes atteintes et le renforcement de la prévention du VIH chez les usagers.

Le deuxième projet fut de doter le réseau d'une existence légale et d'une structure permanente, avec un secrétariat dont le siège est fixé à Amsterdam. C'est ainsi qu'au 2ème Congrès un Bureau ("General Board") fut élu afin d'assurer la continuité du travail.

Le troisième projet fut de préparer un mémorandum EIGDU (1993) sur la situation des usagers de drogues dans les douze pays de la Communauté Européenne et les Pays de l'Est

Depuis 1992, un Réseau mondial d'auto-support d'usagers de drogues ("Drug Users International Network") s'est aussi constitué à l'occasion de la 3ème Conférence Internationale sur la réduction des risques pour ces mêmes usagers (Melbourne, Australie), auquel EIGDU a adhéré, notamment avec des groupes d'Australie et des Etats-Unis.

Actuellement, faute de moyens, EIGDU n'a plus d'activités spécifiques ni de réunions, les représentants des groupes nationaux se contentent de se réunir à chaque conférence annuelle sur la réduction des risques. La dernière réunion a eu lieu, à l'initiative d'ASUD, à Paris en mars 1997.

## **VIII. LES FONDEMENTS THEORIQUES DU ROLE DE L'AUTO-SUPPORT DANS LA PREVENTION**

Les fondements théoriques du rôle de l'auto-support dans la prévention sont basés sur un postulat selon lequel son impact est d'autant plus efficace lorsque la stratégie de prévention intègre les trois dimensions suivantes :

- Le comportement individuel (l'individu) ;

- 12
- Le style de vie (le groupe) ;
  - La sous-culture de la drogue (représentations sociales).

Si le premier point peut partiellement être réalisé par la prévention conventionnelle au niveau de l'individu isolé (médias, plaquettes, etc.), les deux autres ne peuvent être réalisés que si le groupe social visé est lui-même partie prenante active dans un tel changement.

L'expérience accumulée par la communauté homosexuelle en matière de réduction de risques de l'infection à VIH, en comparaison avec celle des usagers de drogues, illustrera cette idée.

La transmission du VIH chez les usagers de drogues résulte plus d'un comportement social que d'un comportement individuel : partager les matériels d'injection ou avoir des rapports sexuels. Prévenir le sida demande donc un changement dans le comportement social (inter-personnel) des usagers. Ces changements affectent l'ensemble des rapports de la personne avec ses partenaires.

Dans ce cadre, toute action visant au changement dans le comportement individuel des usagers sera inadéquate si elle n'est pas accompagnée de changements similaires chez les autres partenaires et acceptée comme telle par eux. Autrement dit, on est prêt à changer soi-même de comportement si l'entourage et les pairs ont déjà changé leur comportement ou sont sur le point de le faire (J. J. PLATT & C. KAPLAN-1990). Le changement de comportement social du groupe produit alors un changement du comportement individuel.

Partager les seringues par exemple n'est pas toujours le résultat du manque de seringues stériles ni le résultat de l'ignorance des modes de transmission du VIH. Le comportement individuel tend souvent à s'aligner sur les normes dominantes dans le groupe des pairs, ou sur la sous-culture à laquelle l'individu appartient.

Les usagers de drogues ne sont pas, à ce niveau, différents des homosexuels. Par contre, la différence entre les deux groupes est tangible au niveau du soutien social pour le changement de comportement que chacun reçoit de son propre groupe.

Pendant les vingt dernières années, les homosexuels ont construit un ensemble d'organisations politiques, sociales et communautaires. Ceci en dépit de l'hostilité et de la répression légale dont ils ont pu faire l'objet. Ces organisations et associations, avec leurs journaux, leur lobbying et leurs lieux de convivialité, ont servi de support pour élaborer des réponses individuelles et collectives et faire face à la menace du sida. Elles ont donc largement contribué au soutien des approches individuelles (W. M. de JONG-1990).

Les usagers de drogues, par contre, n'avaient aucune organisation formelle en France et dans d'autres pays, et leurs modes de vie ne furent aucunement adaptés pour assumer une tâche similaire à celle des homosexuels; c'est-à-dire qu'ils n'étaient ni en mesure d'opérer un changement significatif de comportement au niveau individuel, ni de s'investir dans une action collective.

Quoiqu'ils représentent le deuxième groupe confronté au risque de contamination, juste après celui des homosexuels, les usagers des drogues ont apporté des réponses en termes de mobilisation et en termes d'efficacité qui, même lorsqu'elles existent, sont loin d'être comparables à celles des homosexuels.

Pour expliquer cette différence, plusieurs hypothèses sont possibles. Tout d'abord le rapport de la société à l'homosexualité n'est pas le même que celui à l'usage des drogues. La sanction sociale de chacun de ces deux comportements est radicalement différente. Tandis que la sanction sociale du comportement homosexuel se limite à la stigmatisation sociale, la sanction sociale contre l'usage de drogue est composée en quelque sorte d'un "étage" supplémentaire, celui de la sanction juridique ; l'usage de drogue illicite tombe sous le coup de la loi pénale et l'usager est assimilé à un délinquant de par le fait même de son usage.

- 13 Toutefois, l'explication la plus plausible, sans établir de rapport causal, reste la pré-existence d'une forte organisation formelle et informelle dans la communauté des homosexuels et l'absence de ces mêmes sortes d'organisation parmi les usagers de drogues. Cette absence a déterminé, dans une large mesure, la rapidité, la nature et le degré de succès des réponses dans les deux communautés.

Pratiquement, cette différence organisationnelle se traduit pour la prévention du VIH par le fait que, tandis que les homosexuels furent les émetteurs et les récepteurs actifs de l'information préventive adéquate "à l'intérieur" de leur propre communauté, les usagers de drogues demeuraient des récepteurs passifs et tributaires d'organisations "extérieures" livrant des matériels non adéquats ou trop tardivement, lorsque l'épidémie avait déjà touché une proportion importante de la communauté.

L'auto-organisation homosexuelle a donc joué un rôle important dans l'introduction, puis l'adoption des normes de réduction des risques dans la sous-culture homosexuelle permettant un soutien social des tentatives individuelles pour le changement des comportements. Le soutien social de "l'intérieur" du groupe d'appartenance semble être une condition indispensable pour le changement des comportements individuels.

Tandis que les actions de prévention de l'extérieur visent à modifier certains comportements au niveau individuel, l'auto-organisation, agissant de "l'intérieur", vise, en revanche, à intégrer, généraliser et enraciner des changements dans la sous-culture de la communauté. Cette dernière devient émettrice et producteur actif de son propre modèle préventif. La communauté se positionne comme un sujet ; elle est le but et le moyen du changement désiré. Dans le modèle "extérieur", elle ne peut qu'être un objet, un récepteur, consommateur passif des informations éclatées visant à modifier certains comportements à risque. La non-prise en compte des liens organiques entre ces comportements et les autres éléments de mode de vie de la sous-culture de la drogue rend mal aisée l'intégration des comportements préventifs et, de ce fait, leur application par l'usager est problématique.

Une autre limitation à la portée de ce modèle "extérieur" résulte de la clandestinité et de la répression imposée aux usagers qui fait que ce modèle ne peut, par sa nature même, toucher qu'une partie infime de ceux auxquels il est destiné ; ce qui réduit d'autant son efficacité.

Par contre, la prévention de l'intérieur métamorphose le message préventif vers un comportement socialement valorisé par les groupes de pairs eux-mêmes. Le nouveau comportement n'est plus un objet de conflit ou de résistance. Il n'exprime plus une méfiance vis-à-vis de l'autre. Dans ce sens l'existence d'une auto-organisation formelle des usagers de drogues, l'auto-support, peut aider à introduire de nouvelles normes de réduction de risques dans la sous-culture de la drogue, ou rendre ces pratiques acceptables et opérationnelles lorsqu'elles existent déjà au niveau individuel : généraliser, enraciner, transformer ces pratiques en normes socialement valorisées par le groupe.

## **B I B L I O G R A P H I E**

**Groupe ASUD, Auto-Support Usagers Drogues** (1992). Pour l'auto-support des usagers de drogues », Paris, ASUD, 4 p.

**H. S. Becker** (1985) . Outsiders : étude sociologique de la déviance. Traduction française par J.P. Briand et J.M. Chapoulié ; Coll. Observations, Paris : Métailié, 247 p.

**B. Blanc** (collectif) (1986) : Actions collectives et travail social T.1 Ed. E.S.F.

**E.I.G.D.U. European Interest Group Drug User** (1993) Die situation der Drogenbenutzenden Bevölkerung in Europa. Memorandum Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe, 159 p.

**S. R. Friedman** (Collectif) (1987) AIDS and self-organization among intravenous drugs users. The International Journal of Addictions 22, (3) p. 201-219.

- 14 S. R. **Friedman**, Y. **Serrano** (1989) AIDS related organizing of IV Dugs users from the outside. Newsletter of the international working group on AIDS and I.V. drug use. Vol. 4 (2) June, p. 2-4.

W. M. de **Jong** (1991) Stimulating social support for AIDS-related risk reduction among drug users. Poster presented at the second international conference on the reduction of drug related Harm. Barcelona, 2-6 March

W. M. de **Jong** (1990) The AIDS crisis : different responses of gays and drug users. Presentation of the international experts meeting on the role of voluntary organizations in crisis management : AIDS Drug abuse and mass migration as cases in point. Berlin. 18-22 Nov.

FW. E. **McAuliffe**, J. M. **Ch'ien** (1986) Recovery training and self-help : A relapse prevention program for treated opiate addicts. Journal of Substance Abuse Treatment Vol.3, 9-20

A. L **MORTON**, **D. BORMAN**. *et al* (1982) self - help groups for coping with crisis ,Josey - Bass Publishers san francisco london

**NIAD** (1993) : Recovery training and Self-help : a relapse prevention and aftercare for drug addicts. Rockville, MD, Natl Inst. Drug Abuse, 249 p.

D. N. **Nurco** (1981) : the self-help movement and narcotic addicts, American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8, (2), 139-151.

D. N. **Nurco**, P.E. **Stephenson**, T.E. **Hanlon** (1990) Aftercare/relapse prevention and the self-help movement. The International Journal of the Addictions. 25, (9A & 10A), p. 1179-1200.

J. J. **Platt**, C. **Kaplan**, PMC **Kim** (1990) The effectiveness of drug abuse treatment : Dutch and American perspectives. R.E.Krieger publishing Company. Florida

A. **TOUFIK**(1997) Continuité et rupture dans l'histoire de l'auto-support des usagers de drogues en Europe, Revue Prévenir, (32), p.127-150

A. **TOUFIK** (1994) L'émergence difficile de l'auto support des usagers de drogues, le Journal du Sida, (63).

A. **TOUFIK**(1992a) Auto-support et réduction de risques, ASUD Journal, (2), p 9-11.

A. **TOUFIK** (1992b) Une première : la place reconnu de l'auto-support des usagers de drogues, Transcriptase, (8).

## **L'AUTO-SUPPORT DES USAGERS DE DROGUES EN FRANCE**

**MARIE JAUFFRET<sup>3</sup>**

### **Introduction : Deux principaux groupes d'auto-support en France, deux modèles de l'auto-support**

En France, deux principaux types de groupes d'auto-support d'usagers de drogues coexistent, il s'agit d'ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) et de NA (Narcotiques Anonymes).

Ces deux groupes correspondent à deux conceptions différentes de l'auto-support : le modèle anglo-saxon de "*self-help*" représenté en France par Narcotiques Anonymes et le modèle hollandais de "*l'interest group*" représenté en France par ASUD.

Concernant le fonctionnement du groupe, NA fonctionne sur le modèle des **groupes de paroles**, ASUD se présente essentiellement comme un **groupe politique**.

Concernant le positionnement, NA se situe strictement dans le champ de la toxicomanie puisque cette association se donne pour objectif « l'abstinence totale de tout produit modifiant le comportement », alors qu'ASUD se situe dans les champs de la toxicomanie et du sida puisque ce groupe s'est créé autour de la question de la prévention du VIH chez les usagers de drogues.

---

<sup>3</sup> INSERM U158

Centre d'Etude des Mouvements Sociaux

Tout en étant autonomes ces deux modèles d'auto-support posent des questions par rapport à deux approches institutionnelles en matière de toxicomanie, le modèle des communautés thérapeutiques (CT) pour NA (FARGES), les institutions et professionnels du soin et de la réduction des risques pour ASUD.

Il existe peu de publications sur l'auto-support en France, et les quelques articles écrits le plus souvent par des professionnels de la toxicomanie adoptent souvent un ton polémique. Nous avons donc utilisé les documents internes de ces groupes, pour ASUD : le Manifeste, les dix mesures et les numéros d'ASUD-journal ; pour Narcotiques Anonymes, le livre Narcotiques Anonymes (WSO).

Pour comprendre le contexte dans lequel se sont créés ces groupes, nous avons utilisé des données de terrain obtenues dans le cadre d'un travail de recherche en cours.<sup>4</sup>

## I. LES CONDITIONS D'EMERGENCE

### 1. ASUD : la Réduction Des Risques

L'auto-support, un des axes de la Réduction Des Risques.

Dans le champ de la toxicomanie, le nouveau paradigme de réduction des risques apparaît suite à la découverte de la contamination des usagers de drogues par voie intraveineuse par le sida.

Le référentiel de réduction des risques est basé sur quatre principes :

- faciliter l'accès aux seringues,
- à la substitution,
- aux soins pour les usagers de drogues,
- et promouvoir l'auto-support des usagers de drogues.

Ce nouveau référentiel donne lieu à une approche nouvelle de l'action auprès des toxicomanes et produit des effets sur la **catégorisation** des toxicomanes.

Le "toxicomane" qualifié de malade et de délinquant par la loi de 1970 change de **dénomination**, il devient de plus en plus souvent l'"usager de drogues".

Ce changement de **désignation** peut s'accompagner d'une évolution des **représentations** : perçu comme un être auto-destructeur et irresponsable, il peut alors être considéré comme un individu responsable, capable d'adopter des comportements de prévention.

L'usager de drogue peut également changer de **statut**, il n'est plus réduit à la condition de patient et de "**soigné**", il peut devenir un partenaire des "**soignants**".

Cette évolution s'inscrit dans le cadre d'un processus lent et les deux types de catégorisations coexistent actuellement.

Cependant, dans le champ de la toxicomanie, différentes expériences montrent l'importance voire la nécessité de la présence d'usagers de drogues servant de relais dans le cadre des opérations de prévention du sida principalement dans le cadre de bus d'échanges de seringues. En effet, les usagers de drogues ont une bonne connaissance de la scène de la drogue mais aussi des pratiques des usagers. De plus, le caractère illégal de l'usage de drogues rend les actions de prévention plus difficiles que dans d'autres milieux d'où la nécessité d'avoir des personnes relais pouvant constituer un élément de confiance auprès des usagers. C'est dans cette optique que se posent les questions relatives à la professionnalisation des usagers de drogues.

C'est dans le contexte de l'ouverture du débat sur la réduction des risques que le groupe ASUD s'est créé en 1992.

La réduction des risques est une des raisons de la création d'ASUD mais elle constitue également un de ses combats. ASUD se positionne comme un acteur politique dans le champ de

---

<sup>4</sup> JAUFFRET M., La participation des groupes d'auto-support d'usagers de drogues aux politiques publiques en matière de toxicomanie et de prévention du VIH. Les exemples d'ASUD et de Narcotiques Anonymes, Thèse de Doctorat en cours

- 16 la toxicomanie et du sida, le discours du groupe est celui de la **dénonciation**, un des aspects du programme est leur préoccupation pour la situation sanitaire des usagers de drogues en France. En 1992, la **substitution** reste peu développée en France, elle est au centre des préoccupations d'ASUD : de nombreux articles d'ASUD-journal y sont consacrés, trois des "dix mesures d'ASUD" (texte qui constitue la plate-forme politique actuelle du groupe) concernent la substitution : la troisième mesure "*Elargissement de la palette des produits de substitution. Mise en place de produits injectables. Développement de programmes de substitution adaptés aux besoins des usagers de drogues (bas seuil)*" ; la quatrième mesure : "*Mise en place de programmes expérimentaux de distribution d'héroïne médicalement assistée*" ; la cinquième mesure : "*Accès libre, gratuit, anonyme et sans condition de sevrage préalable aux soins médicaux et hospitaliers. Prise en compte de la dépendance des patients lors d'une hospitalisation. Possibilité de démarrer un programme de substitution.*" Un groupe d'auto-support fondé en 1995 par des membres fondateurs d'ASUD s'est d'ailleurs spécialisé autour des questions de substitution, il s'agit de SAS (Substitution Auto-Support). Ce groupe édite également un journal SAS-Infos.

Les autres objectifs de la réduction des risques, l'**accessibilité aux seringues** et l'**accès aux soins** sont également au cœur des combats d'ASUD. Ils sont présents dans la deuxième mesure : « *La seringue à 1 franc. Faciliter l'accès au matériel stérile, y compris aux mineurs* » ; et dans la septième mesure : "*Prisons : possibilité d'avoir accès aux seringues. Maintien ou initiation des traitements de substitution. Réel accès aux soins pour les personnes incarcérées.*"

Ainsi, le sida a servi de révélateur pour faire reconnaître les compétences des usagers de drogues. C'est à partir de l'épidémie de sida chez les usagers de drogues qu'ASUD a construit son combat mais c'est également le sida qui a permis à des groupes d'auto-support comme ASUD ou le SAS d'émerger.

## **2. La constitution de Narcotiques Anonymes, hors du champ du sida**

Concernant les conditions d'émergence de NA, elles sont différentes de celles d'ASUD, NA s'est construit en dehors du champ du sida puisque le groupe a été créé en 1983 en France et qu'il est calqué sur le modèle américain des Alcooliques Anonymes.

NA s'est créé à l'initiative de quelques usagers de drogues devenus abstinents. La première réunion de NA a eu lieu à Paris en 1983, le groupe est alors constitué de quelques personnes. En 1997, le développement de NA est important, il y a une cinquantaine de réunions hebdomadaires à Paris, plusieurs réunions en banlieue et en Province. Certaines réunions sont plus spécifiques : réunions "VIH", réunions "femmes" ou "hommes" et réunions en anglais ou bilingue.

Les groupes NA appliquent les douze Traditions (voir 1er encadré en fin d'article) qui définissent les règles de fonctionnement du groupe et les douze Etapes (voir 2ème encadré) qui définissent la voie vers le rétablissement de l'individu. Ces deux textes sont les textes de référence pour tous les groupes NA au niveau international.

## **II. L'IDENTIFICATION ET LA CONSTRUCTION DE COMBATS COMMUNS**

### **1. ASUD : Lutter contre la répression et la stigmatisation des usagers de drogues**

Dès sa création, ASUD se présente d'emblée comme un groupe politique, avec pour objectif le changement des politiques en matière de drogues et la participation des usagers de drogues à la définition de ces politiques. Le Manifeste d'ASUD est la première plate-forme politique du groupe, elle sera complétée par les "10 mesures".

Le Manifeste d'ASUD part d'un constat catastrophique concernant la situation sanitaire des usagers de drogues en France : le taux important de contamination des usagers de drogues par le virus du sida, la clandestinité et la marginalisation de ces usagers de drogues, conséquences d'une loi française répressive. ASUD propose une alternative politique, la participation des



- 17 usagers de drogues à la prévention du sida avec quatre propositions : *"dialoguer, informer, participer, être reconnu comme partenaire à part entière de la lutte contre le sida"*.

**Dialoguer** c'est-à-dire dépassionner le débat sur l'usage de drogues.

**Informer** c'est-à-dire donner la possibilité aux usagers de drogues de se présenter et de mettre fin aux représentations stéréotypées du "toxicomane".

**Participer** c'est-à-dire pouvoir contribuer à l'amélioration des conditions de vie des usagers de drogues, favoriser le dialogue entre les usagers de drogues et le reste de la société.

**Être reconnu comme partenaire à part entière de la lutte contre le sida** c'est-à-dire reconnaître l'importance du rôle des pairs dans la prévention du VIH et permettre ainsi aux usagers de drogues d'être de véritables partenaires des pouvoirs publics.

Ainsi, ASUD se constitue dès le départ autour de la question de la prévention du VIH. C'est à partir d'une problématique sanitaire, qu'ASUD se positionne dans le champ politique autour des questions des droits et de la citoyenneté des usagers de drogues.

Contrairement à ASUD, pour lequel les ennemis communs sont **la stigmatisation des usagers de drogues et la politique répressive**, pour Narcotiques Anonymes, l'ennemi est le produit lui-même, **la drogue**, et le comportement, **la dépendance**.

## 2. Narcotiques Anonymes : Devenir abstinent

A NA, à travers l'identification de la drogue comme ennemi commun, c'est **le comportement** de l'utilisateur de drogues relabellisé "dépendant" qui devient un ennemi pour lui-même.

En effet, Narcotiques Anonymes part du constat que l'usage de drogues est la conséquence de **la maladie de la dépendance**. La dépendance est une maladie à la fois physique (usage compulsif de drogues), mentale (désir obsessionnel de consommer) et spirituelle (égocentrisme total) (Le livre Narcotiques Anonymes, WSO).

NA propose une alternative à la dépendance, **un programme de rétablissement** basé sur l'abstinence. Cette maladie est incurable, ainsi, il ne s'agit pas de guérir mais de permettre au dépendant de se rétablir au sein du groupe grâce à l'abstinence totale de tout produit modifiant le comportement.

Le programme est constitué de **réunions de rétablissement**, elles sont des rencontres quotidiennes et sont vécues par les membres comme le moyen de s'entraider et de se soutenir afin de devenir puis de rester abstinent.

**L'abstinence** est l'objectif à atteindre et surtout à conserver. Elle est glorifiée et montrée en exemple car chaque membre de NA donne son "temps clean" c'est-à-dire son nombre de jours d'abstinence à la fin de chaque réunion. De plus, ces temps d'abstinence sont des points de repère dans le rétablissement et donnent lieu à des pratiques de ritualisation. A chaque étape de leur rétablissement, les membres de NA reçoivent des médailles et offrent aux autres leur "message", symboles de leur "victoire sur le produit".

Mais l'abstinence n'est pas une fin en soi, elle est la condition nécessaire pour transformer sa vie de l'intérieur en adoptant un nouveau mode de vie basé sur des principes spirituels "l'honnêteté, l'ouverture d'esprit et la bonne volonté".

## III. LA CONSTRUCTION DE CES GROUPES DE L'INTERIEUR

### 1. La dimension communautaire de NA

L'auto-support des usagers de drogues postule l'existence d'un groupe de pairs, mais ce groupe de pairs recouvre des réalités et des représentations fort différentes pour ASUD et NA.

- La "fraternité" NA

La dimension communautaire est au coeur de NA.

Tout d'abord, ce groupe se définit comme une **"fraternité"**. Les réunions quotidiennes, les conventions et les différents événements organisés au sein de NA renforcent le sentiment de

18 cohésion du groupe. Ces événements ponctuent le temps du rétablissement et multiplient les occasions pour les pairs de se retrouver entre eux.

Ensuite, ce groupe fonctionne à partir de la théorie de la dépendance.

Chaque fois qu'un membre prend la parole au cours d'une réunion, il se présente comme un "**dépendant**", cette dénomination crée une nouvelle identité. Lors des réunions, les différences sociales semblent annulées et par la parole, tous les membres se définissent comme des individus semblables, partageant la même maladie, la même identité et le même rétablissement. Au sein de NA, il est constamment rappelé de mettre l'accent sur les ressemblances entre les membres et d'oublier leurs différences.

Enfin, le groupe met en place une solidarité communautaire par la relation de **parrainage**. En effet, chaque nouveau est invité à prendre un parrain dans la "fraternité" Narcotiques Anonymes, ce parrain ayant plus de temps d'abstinence. Entre le parrain et le filleul s'établit une relation initiatique, le parrain ouvrant au filleul la voie vers le rétablissement. Le parrain guide son filleul et lui fait partager son expérience. Chacun peut ainsi trouver et définir "sa place" au sein du groupe.

- NA, mouvement religieux ou groupe spirituel ?

Cet aspect communautaire est souvent qualifié de religieux dans les articles publiés sur NA. On peut le repérer dans les éléments suivants : l'importance et le respect des textes, la ritualisation des réunions, le caractère initiatique de la relation de parrainage, le vocabulaire, l'abstinence...(VALLEUR M.), (WELLS B.), (DELLILE J.M.)

Pour certains auteurs, principalement des professionnels de la toxicomanie, cet aspect religieux est mis en évidence et violemment dénoncé (AGOSTINI-AUSTERLITZ, VALLEUR M.).

*"On pourrait se demander si ce groupe, qui se veut groupe d'entraide mutuelle aux toxicomanes ne serait pas une assemblée de personnes s'installant anonymement dans un état de torpeur, favorisé notamment par des rituels collectifs quotidiens. (...) NA constitue donc un rassemblement de toxicomanes qui se regroupent entre eux, s'excluant par là-même du monde des non dépendants pour chanter des hymnes à la gloire (sous sa forme inversée) d'un objet sacré : la drogue » (AGOSTINI-AUSTERLITZ).*

Pour d'autres auteurs, NA est certes un groupe protecteur mais il n'est pas un groupe totalitaire, pour les raisons suivantes : l'ouverture des réunions de rétablissement, la liberté d'aller et venir aux réunions, l'absence de leader, la gratuité de l'aide (CASTEL R.).

Cet aspect qualifié de religieux par ces auteurs, est vécu comme spirituel par les membres de NA (FARGES F.)

## **2. ASUD, quelle communauté pour les usagers de drogues ?**

A ASUD, la dimension communautaire est plus difficilement identifiable. Elle reste d'ailleurs l'objet de débats au sein même du groupe. On peut certes repérer une communauté de représentations et d'intérêts qui sont le produit de l'objectif militant. Cependant, ASUD ne nie pas la diversité des modes de pratiques des usagers de drogues ainsi que la diversité de leurs parcours sociaux. De plus, leur lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues passe également par un combat contre les représentations communes et les stéréotypes produits autour de la personne du toxicomane.

L'aspect communautaire n'est pas totalement écarté, mais les membres d'ASUD ne souhaitent pas mettre en avant une communauté d'usagers de drogues mais promouvoir une communauté de **citoyens** par la détention de compétences spécifiques et la constitution de l'expertise des usagers de drogues.

## **3. Le savoir-faire des usagers de drogues**

- La définition d'une nouvelle forme d'expertise

Comme nous l'avons déjà évoqué, la création des groupes d'auto-support de type "groupe d'intérêt" (ASUD) s'est faite dans un espace social du fait du sida autour de la prévention des pratiques à risques chez les usagers de drogues. La création des groupes de type "support" (NA) a pris place dans un autre espace : les groupes de paroles et de soutien.

19 C'est dans **ces espaces** que les usagers de drogues ont pu faire valoir leurs compétences. En effet, afin de faire reconnaître leur intervention légitime, les usagers de drogues ont fait valoir et utilisé les **zones d'incertitude** qu'ils étaient en mesure de maîtriser et par là même ont défini leur expertise. Ainsi, ils affirment être les mieux à même de connaître leurs propres besoins en matière de prévention du sida car ils détiennent les «secrets» de leurs pratiques, auxquelles les non initiés ne peuvent pas avoir réellement accès.

Pour ASUD, cette compétence leur permet de se positionner comme expert de la prévention du sida de par leur connaissance des pratiques d'injection ; et NA , expert de l'entraide, de par leur expérience de la dépendance.

- Le caractère novateur des actions de prévention d'ASUD

L'action d'ASUD est centrée autour de la prévention des risques de l'usage de drogues (sida mais aussi hépatites, septicémies, overdoses...) et de la production de messages adaptés aux usagers de drogues. Les usagers de drogues supposés maîtriser les codes de l'usage peuvent avoir une approche plus **pragmatique** et réaliste de la prévention du sida chez les usagers de drogues.

Cette approche pragmatique se double d'un caractère novateur, tant par le ton que par le type d'actions mises en oeuvre.

Le **journal** d'ASUD en est le meilleur exemple. La création de "Bloody" personnage humoristique devient une sorte de symbole identificatoire, ce personnage sert de support aux messages de prévention. Les articles du journal consacrés aux produits, à la substitution... en font le principal outil de prévention du groupe. Les thèmes abordés sont variés et plus ou moins "autorisés" : on peut y trouver des informations sur les produits ou les programmes de distribution d'héroïne mais aussi des conseils pratiques sur les points d'injection...

A travers ce type de messages, ASUD joue un rôle d'éducation par les pairs en s'efforçant de changer les normes de comportements des usagers de drogues.

ASUD-National produit également d'autres types de supports de prévention : **des affiches** informant les usagers de drogues de la dangerosité de certains produits circulant sur le marché ou du danger de certains mélanges. Le groupe a également produit en partenariat avec la Direction Générale de la Santé (DGS) et le CFES le "manuel du shoot à risque réduit" ainsi que des brochures concernant les "substances", "l'injection" et "la sexualité".

Ces brochures bien que produites en collaboration avec des partenaires institutionnels ont gardé une certaine liberté de ton.

Tous ces supports créés par ASUD font passer un message de prévention adapté aux usagers de drogues car ces documents utilisent le vocabulaire commun de l'usage de drogues et non pas un vocabulaire "scientifique" et autorisé. Les conseils donnés dans ces brochures n'en sont pas moins sérieux et scientifiques. Ce sont des documents conçus par des usagers de drogues pour des usagers de drogues. De plus, les informations produites par les usagers émetteurs du message sont recueillies auprès des usagers récepteurs, la communication est ainsi plus simple, directe et efficace.

- Narcotiques Anonymes : Entraide et identification par les pairs

A NA, cette compétence des usagers de drogues repose sur d'autres critères, celui de l'identification aux pairs et de l'entraide.

A NA, c'est l'expérience commune qui est mise en avant : seul un pair pourrait comprendre réellement un autre pair car ils ont vécu le même type d'expérience, ainsi un pair qui réussit à devenir abstinente peut être une aide précieuse dans la voie vers l'abstinence d'un autre "dépendant". "La valeur thérapeutique de l'aide apportée par un dépendant à un autre est sans égale. Un dépendant est la personne la mieux placée pour en comprendre et en aider un autre." (Narcotiques Anonymes, WSO).

L'identification est un principe central du programme, elle se fait en deux temps. Tout d'abord, lors des réunions, les dépendants reconnaissent dans le discours des autres ce qu'ils ont pu vivre durant leurs années de consommation ; ensuite, les plus anciens peuvent représenter un modèle de rétablissement et de mode de vie.

**L'entraide** est également importante dans le programme. Dès son arrivée, le dépendant est accueilli par d'autres membres de NA, il va choisir un parrain avec lequel il entretiendra une

20 relation privilégiée. Ces relations chaleureuses entre les membres de NA durent tout au long du programme, elles constituent une aide dans la voie vers le rétablissement. Ainsi, le dépendant n'est donc plus laissé seul face à lui-même, il participe aux réunions communes, ce sont les autres qui l'aident à se rétablir et lui-même qui aide les autres à travers une relation d'échange. Les membres de Narcotiques Anonymes mettent en oeuvre le principe de Riesman (BRADFER), selon lequel aider les autres est la meilleure façon de s'aider soi-même.

La notion d'expertise est peu mise en avant au sein de NA, le groupe n'a pas pour objectif, la participation à la définition des politiques publiques. C'est la notion d'entraide **au sein du groupe** qui est constamment rappelée.

## **IV. LE DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT**

### **1. ASUD, la légitimation par les affiliations**

- Les partenaires, porteurs de légitimité

Se déclarer légitime à intervenir dans l'action publique simplement parce qu'on est usager de drogues ne suffit pas, la légitimité des groupes d'auto-support d'usagers de drogues ne va pas de soi. Dans un premier temps, ils peuvent constituer leur légitimité par le biais d'affiliations à des partenaires «autorisés».

Ainsi ASUD entretient des liens avec des associations participant au débat public dans le champ du sida. Il a appartenu au collectif d'associations "Limiter La Casse" entre 1993 et 1997. De nombreux groupes ASUD sont hébergés dans des locaux de AIDES, des membres de l'association participent aux groupes "réduction des risques chez les usagers de drogues" dans les comités de AIDES en Province et à Paris.

Le financement de ces groupes participe également au processus de construction de leur légitimité. Le financement d'ASUD provient de la DGS et de Ensemble contre le sida (ECS). ASUD a pu bénéficier de l'appui de ces partenaires mais réciproquement, a pu leur apporter certaines de ses propres compétences, notamment l'adaptation des messages de prévention à la population des usagers de drogues, la présence d'usagers-relais dans le cadre d'opération de prévention...

Cependant, les représentants des groupes d'auto-support d'usagers de drogues affirment une forte volonté d'indépendance afin d'éviter toute compromission et toute tentative de récupération par d'autres acteurs. Il s'agit pour ces groupes de gérer la construction de leur légitimité sans perdre pour autant leur "âme" de militant, ni mettre en péril leur fonction de groupe d'intérêt.

### **2. Narcotiques Anonymes : une indépendance affichée**

Concernant NA, la question du partenariat ne peut pas être posée de la même façon puisque ce groupe fonctionne sans aucune subvention extérieure. Si l'on s'en tient aux traditions de NA, selon la septième tradition : *"Chaque groupe NA devrait subvenir entièrement à ses besoins et refuser toute contribution de l'extérieur."*

Le groupe n'entretient pas de relations publiques officielles avec des partenaires, selon la dixième tradition : *"NA n'a aucune opinion sur des sujets extérieurs ; c'est pourquoi le nom de NA ne devrait jamais être mêlé à des controverses publiques."*

Cependant, malgré cette indépendance et cette autonomie affichées, NA peut avoir des relations avec l'extérieur mais sans que celles-ci instituent des partenaires extérieurs officiels. Ainsi, certains centres de soins utilisent également les programmes de rétablissement en Douze Etapes et amènent leurs patients en réunions NA en cours de traitement. De plus, les groupes NA ont des relations avec l'extérieur par le biais de leurs comités de service. Par l'intermédiaire du

- 21 comité "Information Publique", des membres de NA présentent leur groupe à différents acteurs extérieurs, les centres de soins spécialisés pour toxicomanes, l'administration pénitentiaire, les établissements scolaires...

### **3. Le développement des groupes de province**

- Les groupes de Province : s'adapter aux contextes locaux

Le processus de légitimation des groupes ASUD se construit également à travers le développement des groupes de Province. Des groupes NA se sont constitués en Province mais le développement de NA reste pour le moment très fortement concentré sur Paris.

Une vingtaine de groupes ASUD sont fondés en Province entre 1994 et 1995, de ce développement est née la nécessité de constituer ASUD-National.

Ces groupes ont des actions variées adaptées au contexte local et aux pratiques et besoins des usagers de drogues dans ces différentes régions.

Ces actions dépendent étroitement du soutien financier des DDASS de chaque département. Ainsi ASUD a une importante action de terrain, les groupes de Province interviennent fréquemment dans des bus d'échange de seringues, établissent des partenariats avec d'autres associations ou montent des projets autonomes comme la Boutique d'ASUD-Nîmes.

Les groupes de Province sont plus axés sur le travail de terrain et de prévention alors qu'ASUD-National se situe de plus en plus dans le champ politique.

### **Conclusion**

Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues constituent un phénomène relativement récent. Ce phénomène reste restreint, il concerne quelques centaines d'usagers de drogues en France. Cependant, les réunions NA sont de plus en plus nombreuses, les sollicitations d'ASUD pour intervenir à des colloques ou des formations en tant qu'experts sont de plus en plus fréquentes.

Par le biais de l'auto-support, les usagers de drogues ne sont plus réduits à une position passive, ils peuvent devenir des acteurs des politiques publiques et produire eux-mêmes de l'intérieur de nouvelles alternatives en matière de traitement de la toxicomanie et de prévention du VIH.

### **Bibliographie**

AGOSTINI-AUSTERLITZ D., « De la polyphonie à la cacophonie ». In : Toxicomanie, toxicomanes : gestion ou traitement, Paris, 1994, L'Harmattan

BRADFER J., « Les mouvements de self-help et l'association Le Pélican »

BRADFER J., « La toxicomanie : maladie ou problème culturel? » In : Revue belge de Psychologie et de Pédagogie, tome 49, 1987, n° 198

BRADFER J., « Histoire d'une pratique - réalité actuelle. Vers une autre réponse à la demande du toxicomane »

CASTEL R. (sous la dir.). « Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités », GRASS, MIRE, Paris

DELLILE J.M., « Narcotiques Anonymes », in Interventions, n° 44, mai 1994

FARGES F., « Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes », In : Revue documentaire Toxibase, 1996, 1, 1-23

VALLEUR M., « Les nouvelles addictions et la question du risque », Générations, 1995, n°2

WELLS B., Narcotiques Anonymes (NA) in Britain. In : STRANG J., GOSSOP M., Heroin addiction and drug policy, Oxford University Press, 1994

**Les douze Traditions sont les suivantes :**

- 1/ Notre bien-être commun devrait passer en premier ; le rétablissement personnel dépend de l'unité de NA.
- 2/ Dans la poursuite de notre objectif commun, il n'existe qu'une autorité ultime : un Dieu d'amour tel qu'Il peut se manifester dans la conscience de notre groupe. Nos dirigeants ne sont que des serviteurs en qui nous avons placé notre confiance ; ils ne nous gouvernent pas.
- 3/ La seule condition pour devenir membre de NA est le désir d'arrêter de consommer.
- 4/ Chaque groupe devrait être autonome, sauf sur des sujets affectant d'autres groupes ou NA dans son ensemble.
- 5/ Chaque groupe n'a qu'un but primordial : transmettre le message au dépendant qui souffre encore.
- 6/ Un groupe NA ne devrait jamais endosser, financer ou prêter le nom de NA à des organismes connexes ou à des entreprises extérieures, de peur que des problèmes d'argent, de propriété ou de prestige ne nous éloignent de notre but primordial.
- 7/ Chaque groupe NA devrait subvenir entièrement à ses besoins et refuser toute contribution de l'extérieur.
- 8/ NA devrait toujours demeurer non professionnel, mais nos centres de service peuvent employer des employés spécialisés.
- 9/ NA comme tel ne devrait jamais être organisé ; cependant, nous pouvons constituer des conseils de service ou créer des comités directement responsables envers ceux qui les servent.
- 10/ NA n'a aucune opinion sur des sujets extérieurs ; c'est pourquoi le nom de NA ne devrait jamais être mêlé à des controverses publiques.
- 11/ La politique de nos relations publiques est basée sur l'attrait plutôt que sur la réclame ; nous devons toujours garder l'anonymat personnel au niveau des médias.
- 12/ L'anonymat est la base spirituelle de toutes nos traditions, nous rappelant sans cesse les principes au-dessus des personnalités.

**Les douze Étapes sont les suivantes :**

- 1/ Nous avons admis que nous étions impuissants devant notre dépendance, que nous avions perdu la maîtrise de notre vie.
- 2/ Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance Supérieure à nous-mêmes pour nous rendre la raison.
- 3/ Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevions.
- 4/ Nous avons fait un inventaire moral sans peur et approfondi de nous-mêmes.
- 5/ Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
- 6/ Nous avons pleinement consenti à ce que Dieu élimine tous ces défauts de caractère.
- 7/ Nous lui avons humblement demandé de nous enlever nos déficiences.
- 8/ Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et avons résolu de leur faire amende honorable.
- 9/ Nous avons directement fait amende honorable à ces personnes dans tous les cas où c'était possible, sauf lorsque cela pourrait leur nuire ou faire du tort à d'autres.
- 10/ Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et avons promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.

*11/ Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Le priant seulement pour connaître Sa volonté à notre égard et pour obtenir la force de l'exécuter.*

*12/ Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message aux dépendants et d'appliquer ces principes à tous les domaines de notre vie*