

ACTES DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE

30 ANS DE MODUS VIVENDI

ALLER JUSQU'AU BOUT DU RÊVE

JOURNÉE DE RÉFLEXION SUR LES ÉVOLUTIONS ET LE FUTUR DE LA
RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DES DROGUES

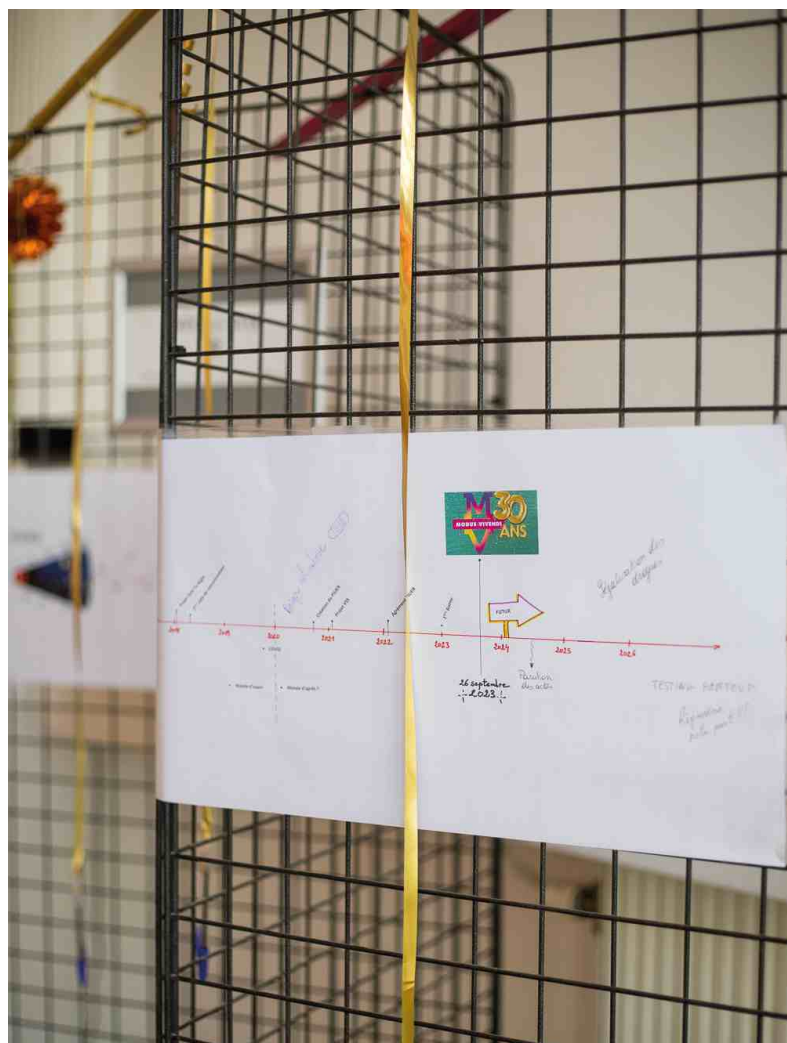
BRUXELLES, 26 SEPTEMBRE 2023



Actes de la journée d'étude « 30 ans de Modus Vivendi - Aller jusqu'au bout du rêve », journée de réflexion sur les évolutions et le futur de la Réduction des Risques liés à l'usage des drogues

Bruxelles, mars 2024

Ces actes sont produits par Modus Vivendi suite à la journée d'étude « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée à l'occasion des 30 ans d'anniversaire de l'asbl le 26 septembre 2023 au Beursschouwburg, à Bruxelles.



COORDINATION DE LA PUBLICATION

Pamela Ciselet

RÉDACTION

Cécile Béduwé et Pamela Ciselet

MISE EN PAGE

Pamela Ciselet, avec le logiciel libre Scribus

PHOTOGRAPHIES

Maëlle Helias-Louis

ÉDITRICE RESPONSABLE

Catherine Van Huyck
Modus Vivendi asbl
151 rue Jourdan
1060 Saint-Gilles

NUMÉRO DE DÉPÔT LÉGAL

2024/ 8826/1

Ces actes sont publiés grâce au soutien de la Commission communautaire française (COCOF)



SOMMAIRE

CONTEXTE DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE	5
PLÉNIÈRE D'OUVERTURE : 30 ANS DE RÉDUCTION DES RISQUES	7
Mot d'introduction - Dominique David, présidente de Modus Vivendi.....	7
La Réduction des Risques et le VIH/sida - Dr Fabienne Hariga.....	8
L'évolution des politiques drogues à l'ère de l'ultra-disponibilité : vers une réduction holistique des risques - Alexis Goosdeel.....	12
La place des usager·ères de drogues dans la Réduction des Risques : perspectives historiques - Miguel Velasquez.....	17
Prendre des risques jusqu'au bout du rêve - Catherine Van Huyck.....	20
ATELIERS THÉMATIQUES	22
Crise(s) sociale(s) et Réduction des Risques.....	22
Adapter la Réduction des Risques aux spécificités de ses publics : « arbre à problème » et à solution.....	31
Nouvelles pratiques professionnelles : la Réduction des Risques alcool.....	37
Usager·ères de drogue âgé·es : faire face au « boom ».....	44
La Réduction des Risques à l'école.....	55
La Réduction des Risques, un métier « chasse gardée » ?.....	62
Réduction des Risques : quelle place pour la militance ?.....	69
La RdR en milieu rural, à partir du cas de la province de Luxembourg.....	74
Communication digitale : trouver le bon ton pour relayer les contenus de RdR.....	80
PLÉNIÈRE DE CLÔTURE : JUSQU'AU BOUT DU RÊVE - avec Lies Gremeaux, Barbara Trachte, Alexis Goosdeel et Catherine Van Huyck	88
REMERCIEMENTS	93
LEXIQUE	95

CONTEXTE DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE

30 ANS APRÈS, LA RÉDUCTION DES RISQUES FAIT TOUJOURS FACE À UNE « GUERRE AUX DROGUÉ·ES » QUI MET LES CONSOMMATEUR·ICES EN DANGER

À l'occasion de son 30^e anniversaire, l'asbl Modus Vivendi s'est penchée sur sa pratique de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, depuis la crise sanitaire du VIH/sida jusqu'aux crises sociales actuelles. L'interdiction du testing de produits en milieux festifs, dont les usager·ères ont fait les frais cette année, montre que les politiques continuent de privilégier une réponse répressive face à la consommation de stupéfiants classés illégaux. Pour l'asbl et ses partenaires, l'usage « dur » de drogues est avant tout une question de santé publique et la RdR est une stratégie qui continue de faire ses preuves sur de nombreux terrains. Divers enjeux actuels ont été débattus tout au long de la journée par 200 professionnel·les du secteur des assuétudes et usager·ères formé·es aux principes de la Réduction des Risques (jobistes). Ces discussions ont abouti à une série de nouvelles recommandations pour Modus Vivendi et ses partenaires, que l'asbl espère bien faire valoir auprès des autorités politiques. L'anniversaire s'est organisé au Beursschouwburg au centre de Bruxelles, un lieu

culturel et festif labellisé Quality Nights, label de promotion de la santé en milieu festif.

Depuis 1993, l'asbl Modus Vivendi pense et pratique la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, qui a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer. À ses débuts, l'asbl est en charge de la prévention du VIH/sida pour le public des usager·ères de drogues. L'objectif est alors de donner les moyens à tout·e usager·ère de drogues par voie intraveineuse de se préserver des risques infectieux et d'améliorer sa qualité de vie et indirectement celle de son entourage.

Le 26 septembre 2023, des spécialistes de nombreuses structures des réseaux bruxellois, wallon et international sont intervenu·es lors de conférences, projections-rencontres et ateliers thématiques, abordant des questions telles que le vieillissement de la population usagère de drogues, la communication digitale en RdR, l'accès à l'information des jeunes en âge scolaire, au matériel stérile en milieu rural, les nouvelles tendances et produits, ou encore la stratégie de Réduction des Risques au-delà du domaine des drogues.

Parmi les recommandations sorties des ateliers thématiques figurent : remettre les usager·ères au centre des réflexions et actions de Réduction des Risques, potentiellement par la création d'un syndicat ; travailler de concert avec les institutions tierces, notamment en milieu rural ; valoriser les compétences psycho-sociales des jeunes en âge scolaire ; adapter les services et horaires à la diversité des publics touchés ou encore réaffirmer le droit au choix pour les personnes âgées usagères de drogues, dans et en dehors des institutions de soin. Enfin, sans surprise, la majorité des ateliers thématiques ont évoqué la nécessité d'augmenter les moyens humains et financiers du secteur, qui déterminent sa capacité à maintenir ses missions ainsi qu'à innover dans ses actions.



La journée d'étude s'est clôturée avec les interventions de Lies Gremeaux (Responsable de l'unité « Drogues illégales » du Service d'information sanitaire de Sciensano), Barbara Trachte (Ministre-Présidente de la COCOF chargée de la Promotion de la Santé), Alexis Goosdeel (Directeur de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies – OEDT/EMCDDA¹⁾) et Catherine Van Huyck (Directrice de Modus Vivendi).

Le présent document s'attache à restituer les sessions de la journée d'étude sous différents formats : contributions, allocutions, comptes-rendus de présentation et articles de synthèse. Les recommandations, présentées en plénière

par Catherine Grenier (Eutotox) et Stéphane Leclercq (féda BXL), sont intégrées à l'article rapportant chaque atelier. Les discussions qui ont eu lieu dans le cadre des deux séances de projection n'ont pas été rapportées. Nous tenons à remercier dès à présent toutes les personnes présentes pour présenter ces documentaires (voir encadrés ci-dessous).

Au nom de toute l'équipe de Modus Vivendi, nous vous souhaitons une bonne lecture et que ces actes nourrissent vos réflexions et vos pratiques.

Longue vie à la Réduction des Risques !

¹⁾ En juillet 2024, l'Observatoire deviendra l'Agence des drogues de l'UE (European Union Drugs Agency, EUDA).

« Le cri des coquelicots »

Avec les réalisatrices **Elisa Vdk, Melissa Laurent, Sophie Godenne** et des actrices – expertes du vécu
Animation : Sabrina Stefani (Modus Vivendi)

Elles s'appellent Fatima, Malika, Joanna, Valérie, Sarah, Carole, Sandrine, Lisa, Christel et Renata... Femmes, (ex-)consommatrices de drogues, parfois mères, travailleuses du sexe ou (ex-)détenues. Leurs conditions de vie les confrontent aux violences de la rue et à de multiples discriminations. Ces discriminations sont le fruit d'un système patriarcal, capitaliste, classiste, raciste, de législations répressives et punitives en matière de drogues et de l'absence de courage politique face à l'augmentation de la précarité. Quand elle n'est pas réduite à des stéréotypes, leur parole est le plus souvent invisibilisée. Pourtant, ces femmes ont beaucoup de choses à dire et à démontrer...

Ce documentaire met en lumière leurs témoignages, recueillis à l'été 2022. Il a été réalisé en coconstruction avec les travailleuses sociales de l'asbl DUNE. Le but de ce projet collectif est de donner la parole à ces citoyennes bruxelloises au quotidien précaire, de sortir des clichés et du misérabilisme pour mettre en lumière leur force, leur résilience et leur solidarité. Ce projet a été possible grâce à la participation et la confiance des femmes actrices et expertes de vécu.*

Belgique – 2022 – Documentaire – 38' – VO français / Elisa VDK production / Avec le soutien de DUNE asbl

« Un pied chéper, un pied sur terre ! La santé communautaire en freeparty »

Avec **Fabrice Perez**, volontaire de Techno+, coordinateur de la production
Animation : Martin Pirreda (Modus Vivendi)

Au cœur du mouvement culturel techno, l'association Techno+ a fêté ses 25 ans d'existence en 2020.

Ses volontaires interviennent dans les freeparty pour proposer aux teufeurs des outils de réduction des risques, en particulier ceux liés à la consommation de drogues. Ils fournissent des informations objectives sur les produits qui circulent et la manière de les consommer, ils proposent leur aide, leur écoute et leur savoir-faire aux usagers.

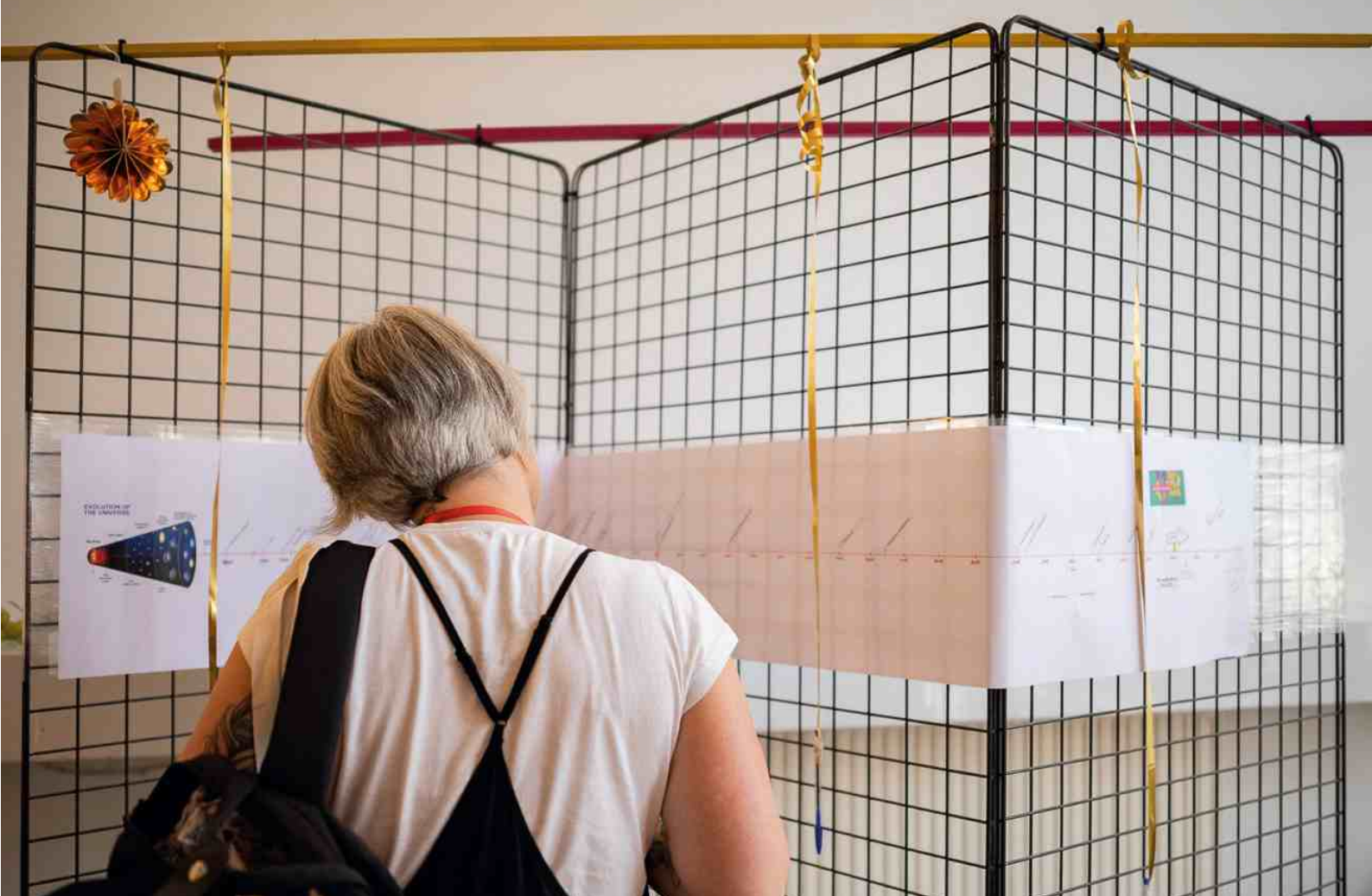
Le film s'articule entre les témoignages de membres de l'association et de quelques compagnons fidèles, et les activités habituelles des volontaires à travers tout le pays : interventions en freeparty, réunions, assemblées, formations, scènes de la vie quotidienne.

Il raconte comment et pourquoi Techno+ a été pensée et évoluée, en réponse autonome de santé communautaire dans le contexte de « guerre à la drogue » qui prévaut en France depuis 1970.

De multiples péripéties policières, judiciaires et législatives jalonnent l'histoire de l'association, mais le film donne aussi et surtout à voir la fête, la joie, l'utopie, le travail et l'intelligence collective, contre vents et marées comme le dit une volontaire.

On y découvre une façon libertaire et hédoniste de vivre, de partager, de s'engager, de réfléchir et de parler sans tabou. « S'informer ne nuit pas à la santé ».

Un film réalisé, tourné et monté par Judith Du Pasquier, produit par Les champs voulus pour Techno+, entre 2018 et 2021 | Documentaire – 65' – VO français



30 ANS DE RÉDUCTION DES RISQUES

PLÉNIÈRE D'OUVERTURE DE LA JOURNÉE D'ANNIVERSAIRE DE MODUS VIVENDI

Mot d'introduction par Dominique David, présidente de Modus Vivendi

Dominique David a accueilli l'assemblée présente au nom de toute l'équipe des professionnelles, des jobistes et des membres du conseil d'administration de Modus Vivendi. Elle a ensuite salué trente années de rêve et de travail pour la reconnaissance de la Réduction des Risques : les travailleur-euses et jobistes qui se sont succédé-es à Modus Vivendi, les partenaires de Bruxelles et de la Région wallonne, les longs combats et les victoires. Celles-ci, a-t-elle précisé, ont été « quelques fois trop petites pour réaliser le rêve et améliorer les conditions de vie sanitaires, sociales et psychologiques des milliers d'usager-ères que nous rencontrons sur nos terrains respectifs ». La présidente a ensuite déroulé le programme de la journée et clôturé en remerciant chaleureusement toute l'équipe de Modus Vivendi pour l'organisation de cet anniversaire, qu'elle souhaita riche en bons moments, échanges et réflexions.

La Réduction des Risques et le VIH/sida

Contribution de **Dr Fabienne Hariga**, médecin spécialisée en santé publique et épidémiologie, ancienne directrice de Modus Vivendi, ancienne conseillère principale à l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), conseillère indépendante auprès d'organisations internationales en matière de VIH et usage de drogues et de VIH en milieu carcéral.

La Réduction des Risques (RdR) liés à l'usage de drogues a 30 ans au moins. Son impact sur la diminution de la transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues et sur l'épidémie de VIH/sida dans la communauté en général est largement démontrée en Europe et dans le monde occidental en général. Cependant, dans de nombreuses régions du monde, des barrières se dressent contre la Réduction des Risques. Celle-ci peine à se développer, les personnes qui utilisent des drogues par injection continuent à payer un lourd tribut à l'épidémie de VIH et d'hépatite C, et l'épidémie de VIH continue de se propager dans la population.

Usage de drogues par injection et VIH dans le monde

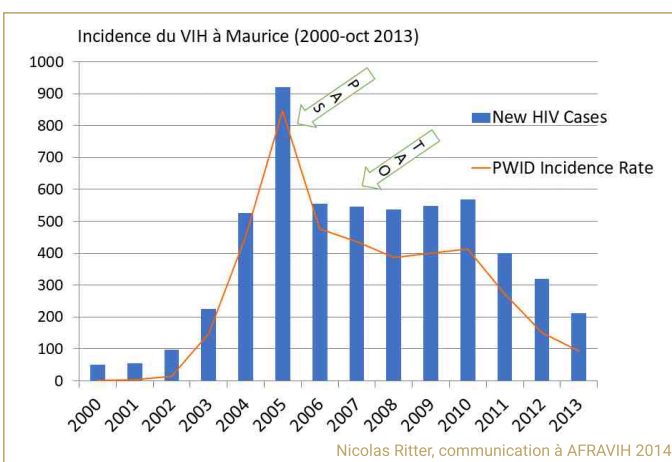
D'après les dernières données de l'ONUDC, l'ONUSIDA, l'OMS et la Banque Mondiale, on estime qu'il y avait en 2021, 13.2 millions d'usager·ères de drogues par injection. Parmi ceux-ci, 12 % vivaient avec le VIH (29 % en Asie du Sud-Est, 25 % en Europe de l'Est, 9,78 % en Europe de l'Ouest et du Centre) et 50 % avec l'hépatite C. Les femmes pratiquant l'injection avaient 1,2 fois plus de risques de vivre avec le VIH que les hommes (UNODC, 2023).

La prévalence du VIH parmi les consommateur·ices de drogues injectables était 7 fois plus élevée que dans la population générale. Si, au niveau mondial, le nombre de nouvelles infections par le VIH dans la population générale a diminué de 38 % entre 2010 et 2022, la diminution est faible parmi les personnes qui s'injectent des drogues, et ce nombre est même en forte augmentation dans certains pays d'Europe de l'Est, d'Asie Centrale et au Moyen-Orient (UNAIDS, 2023).

Impact de la Réduction des Risques sur le VIH

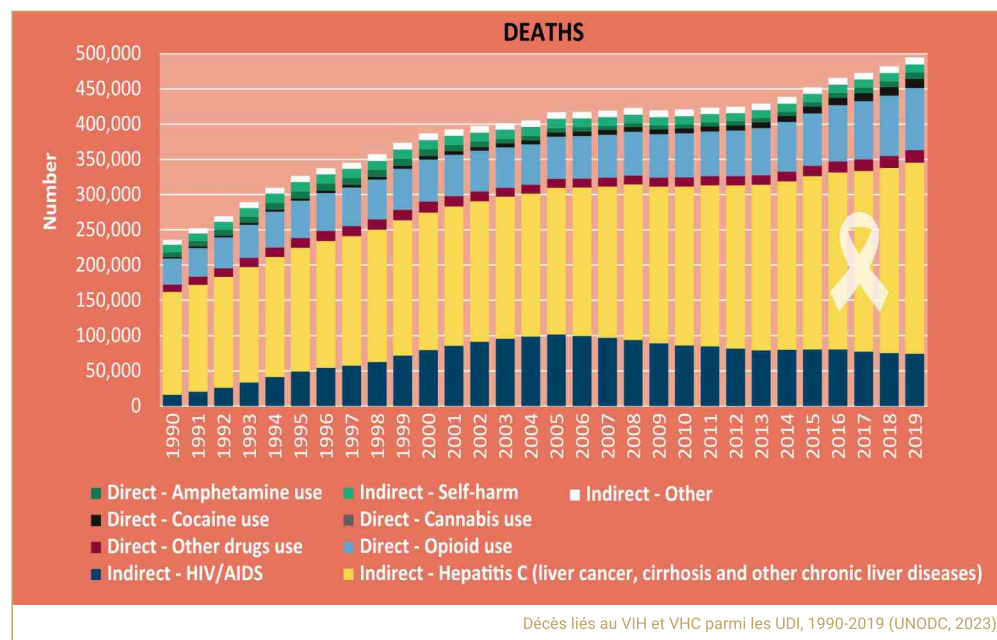
Dans les pays d'Europe occidentale, avec l'essor de la Réduction des Risques – en particulier l'information, l'accès au matériel d'injection stérile (PAS) et aux traitements agonistes aux opiacés (TAO) – le VIH parmi les jeunes personnes qui s'injectent des drogues a fortement diminué, de même que la contribution des personnes qui s'injectent des drogues à l'épidémie en général. En Belgique par exemple en 1985, dans un centre ambulatoire de prise en charge, la prévalence du VIH parmi des personnes qui s'injectent des drogues était estimée à 18,8 % (DE WIT S., 1986). En 1997, le partage de matériel d'injection contribuait à 7,3 % des nouvelles infections par le VIH dans le pays (SASSE A., 2013) et en 2022 à 4 % (DEBLONDE J., 2023).

L'évolution de l'épidémie de VIH à Maurice illustre de manière unique cet impact. Entre 2000 et 2005, le nombre annuel de nouveaux cas de VIH est passé de 50 à 921 cas par an, pour redescendre à 550 cas en 2006, un an après l'introduction des PAS et graduellement à 213 cas en 2013, six ans après la mise en place de TAO²⁾.



En revanche, en Europe de l'Est et en Asie Centrale, l'épidémie de VIH connaît la croissance la plus rapide au monde, principalement due à l'épidémie de VIH parmi les personnes qui utilisent des drogues par injection. En l'absence d'accès aux programmes de Réduction des Risques, le nombre de nouveaux cas de VIH dans

la région a augmenté de 49 % entre 2010 et 2022 et celui des décès de 46 %. La prévalence médiane du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans les pays de la région est de 7,1 %, variant entre 2 % et près de 20 % (UNAIDS, 2023).



Au niveau mondial, le nombre de décès liés au VIH/sida parmi les usager·ères de drogues est en légère et constante diminution depuis 2005 tandis que celui lié aux hépatites C, est en constante augmentation (UNODC, 2023).

Impact du VIH sur la Réduction des Risques

La Réduction des Risques, en tant qu'approche de santé publique, a probablement pu se développer dans le cadre de la réponse à l'épidémie de VIH qui explosa dans les années 80. L'approche fut et reste cependant controversée dans de nombreux pays, qui d'ailleurs parlent de réduction des dommages plutôt que de Réduction des Risques. Ce n'est qu'en 2010, qu'au niveau international, un consensus fut atteint autour d'une définition de la réduction des dommages. Il s'agit d'une liste de neuf interventions telles que définies dans l'*Ensemble complet d'interventions pour la prévention, le traitement et les soins du VIH chez les consommateurs de drogues injectables* de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA (OMS, ONUDC, ONUSIDA, 2009). Cette « définition » est endossée en 2010 par les organes directeurs des Nations Unies, notamment la Commission des stupéfiants (CND), l'Assemblée Mondiale de la Santé, le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC), et le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA. Les neuf interventions sont classées par ordre de priorité, les PAS et les TAO [anciennement TSO,

voir lexique] étant les deux premières suivies du dépistage volontaire, des conseils pour le VIH et du traitement antirétroviral pour le VIH. Les autres interventions concernent les IST, l'accès aux préservatifs, la prévention, le diagnostic et le traitement des hépatites B et C et de la tuberculose.

L'accès communautaire à la naloxone pour la prévention des décès par overdose fut par la suite ajouté comme dixième intervention.

En dépit de ce consensus sur la Réduction des Risques, en 2022, seuls 105 pays font référence à la réduction des dommages ou méfaits dans des documents de politique nationale (HRI, 2023). Et, dans de nombreux pays, les interventions de Réduction des Risques restent illégales.

Disponibilité de programmes de Réduction des Risques

Malgré les preuves de l'efficacité des programmes d'accès aux seringues et matériel d'injection (PAS) et des traitements agonistes aux opiacés (TAO) pour prévenir la transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, la disponibilité de ceux-ci reste sous-optimale.

D'après le rapport 2022 de *Harm Reduction International*, seuls 92 pays avaient au moins un PAS dans la communauté, 9 d'entre eux proposant ce service en prison ; 87 avaient au moins un service de TAO, que 27 d'entre eux proposaient en prison. Souvent, le nombre de ces programmes est limité, parfois un seul programme existe pour tout le pays, leur

couverture faible ne répondant pas adéquatement aux besoins des usager·ères de drogues par injection (HRI, 2023).

Selon les Objectifs de Développement Durable (ODD), pour mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030 il faut, pour 2025, assurer à chaque usager·ère de drogues par injection un accès à 200 seringues stériles par an et assurer à plus de la moitié d'entre elleux un accès aux TAO. Parmi les pays ayant rapporté des données à ONUSIDA, aucun pays n'avait atteint ces objectifs en 2022 (UNAIDS, 2023).

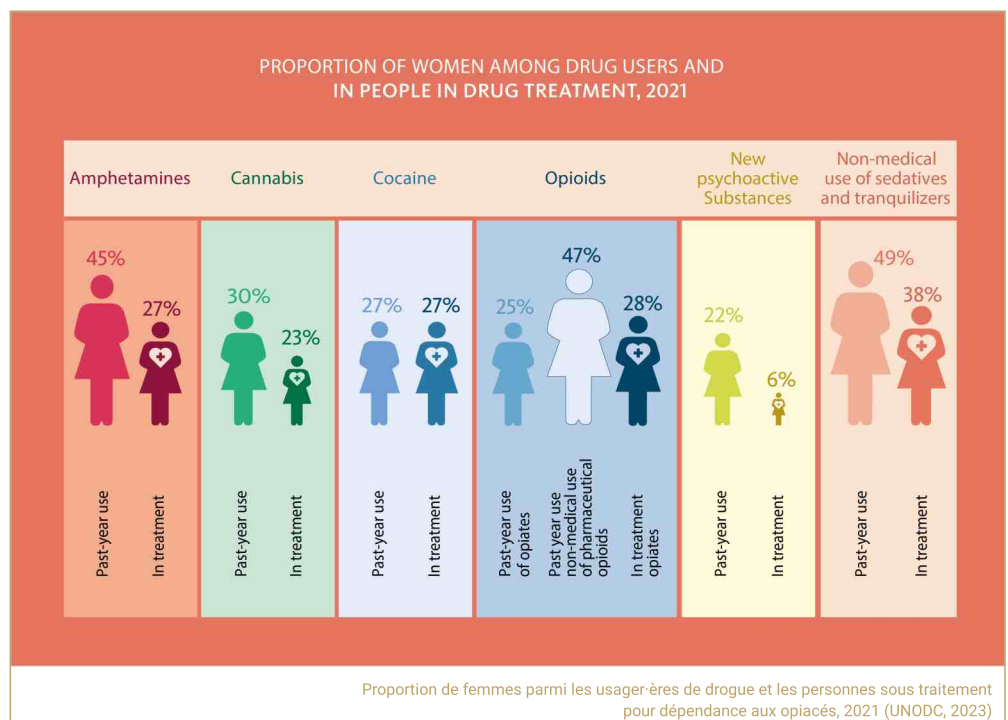
Barrières à l'accès aux services de RdR pour le VIH

Même dans les pays qui ont des services de Réduction des Risques pour le VIH, de nombreuses barrières freinent l'accès à ces services.

De manière générale, on peut citer le cadre légal qui criminalise l'usage de drogues ou les pratiques répressives vis-à-vis des usager·ères de drogues ; la stigmatisation, y compris l'auto-stigmatisation et les discriminations ; le manque d'implication de la communauté des usager·ères de drogues dans la réponse au VIH ; et la violence contre les usager·ères de drogues.

Pour les femmes, à ces barrières s'ajoutent les normes sociales qui leur sont défavorables et les inégalités, une vulnérabilité accrue à la violence liée au genre, la crainte des stérilisations forcées ou de la perte de la garde de leurs enfants, le manque de services adaptés aux besoins et contraintes des femmes notamment celles ayant

des enfants, et le cumul des risques, sexuels entre autres. Ceci résulte en un accès limité aux services de santé pour les femmes qui consomment des drogues. Par exemple en 2021, on estimait que les femmes représentaient 47 % des consommateur·ices d'opiacés et elles ne représentaient que 28 % des personnes sous traitement pour dépendance aux opiacés (UNODC, 2023).



Conclusion

La RdR et le VIH ont 30 ans et plus... et l'efficacité de cette approche de santé publique dans la lutte contre le VIH est bien établie et largement démontrée au niveau international.

La RdR et le VIH ont 30 ans et plus... mais la RdR :

– reste confrontée à de nombreuses barrières légales et sociales telles que la criminalisation de l'usage et les discriminations, y compris celles liées au genre et aux origines ethniques ;

– reste fragile et souvent remise en question, en perpétuelle tension avec les politiques de contrôle des drogues ;

– manque de soutien financier, notamment pour permettre aux organismes communautaires d'usager·ères de drogues de guider et mettre en œuvre la réponse.

Globalement, le nombre de cas de VIH continue d'augmenter parmi les usager·ères de drogues par injection.

La RdR étant insuffisamment mise en œuvre au niveau global, les objectifs de développement durable (ODD) de 2030 – zéro nouvelle infection par le VIH, 90 % de couverture des services de RdR et zéro discrimination pour les usager·ères de drogues injectables – ne pourront être atteints.



Références

Deblonde J., S. B. « Épidémiologie du VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2022 ». Bruxelles : Scien-sano, 2023. doi : <https://doi.org/10.25608/eznc-r584>

De Wit S., Jacques J. P., Clumeck N. « Toxicomanie intraveineuse et infection à I-HIV en Belgique ». *Psychotropes*, Vol. III, N° 2. Automne 1986 : p. 7 – 10.

HRI. « Global State of Harm Reduction 2022 ». Londres : Harm Reduction International, 2023.

OMS, ONUDC, ONUSIDA. « Guide Technique de l'OMS, l'ONUDC, l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH ». Genève : OMS, 2009.

Sasse A., D. J. « Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2012 ». Bruxelles : Institut scientifique de Santé publique (ISP), 2013.

UNAIDS. « The path that ends AIDS : UNAIDS Global AIDS Update 2023 ». Genève : Joint Programme of the United Nations on HIV/AIDS (UNAIDS), 2023.

UNODC. « World Drug Report 2023 ». New York: United Nations, 2023.

L'évolution des politiques drogues à l'ère de l'ultra-disponibilité : vers une réduction holistique des risques

Contribution d'**Alexis Goosdeel**, directeur de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)³⁾

³⁾ En juillet 2024, l'Observatoire deviendra l'Agence des drogues de l'UE (European Union Drugs Agency, EUDA).

Le paysage mondial de la consommation de drogues a évolué rapidement au cours des dernières décennies. La prolifération et la disponibilité des substances – licites et illicites – suivent l'évolution des usages, des technologies, des chaînes d'approvisionnement et des marchés. Les politiques « drogues » modernes doivent non seulement s'adapter, mais aussi être proactives, souples et intégrées. Cet article vise à explorer le changement nécessaire des politiques en matière de drogues en considérant les nouveaux défis à relever et en proposant une définition révisée de la Réduction des Risques, fondée à la fois sur des perspectives de santé publique et de sécurité publique.

L'augmentation exponentielle de la disponibilité des drogues illicites : partout, tout, tout le monde

Digitalisation des marchés

L'essor de l'Internet clandestin, des plateformes digitales et des messageries numériques cryptées a facilité la vente de substances illicites au-delà des frontières, rendant la détection et la réglementation difficiles. Cette évolution a connu une accélération pendant la pandémie de la COVID-19 et adopte désormais les techniques de vente et de promotion en ligne les plus avancées.

La révolution des drogues de synthèse

Le développement et la diffusion des drogues de synthèse, qui peuvent être fabriquées relativement facilement et en grandes quantités, compliquent encore davantage le contrôle et les mesures d'information et de protection des usager·ères. Les substances consommées sont bien plus nombreuses, elles sont plus accessibles, et n'ont pas la même image auprès des consommateur·ices que l'héroïne. Enfin, leurs mécanismes de fonctionnement dans

l'organisme humain et leur éventuelle toxicité restent largement méconnus, tant du côté de la prévention que pour les intervenant·es de première ligne dans le secteur de la santé.

Chaînes d'approvisionnement mondiales

La facilité des transports et du commerce au niveau mondial, associée à l'essor de la corruption et du blanchiment des capitaux au sein des systèmes nationaux et internationaux, garantit que le trafic de drogue reste une activité plus lucrative que jamais. Cette dernière tendance a des conséquences néfastes pour l'état de droit comme nous le verrons un peu plus loin.

Les principales réalisations des politiques anti-drogue nationales et de l'UE

Des progrès considérables

Depuis l'adoption du premier « Plan Drogue européen » lors du Conseil européen de Rome en décembre 1990, l'Union européenne et ses États membres ont fait de grands progrès vers une politique plus équilibrée basée autant que possible sur la coordination et l'évidence scientifique. En particulier, ces dernières trente années ont vu une augmentation spectaculaire de l'offre de traitement de substitution aux opioïdes, et des dispositifs d'échange de seringues, avec un impact considérable sur les overdoses ainsi que les infections par le VIH/sida et le virus de l'hépatite C. Le progrès a été moins rapide pour d'autres dispositifs tels que l'adoption de la naloxone, les salles de consommation supervisée et l'analyse des substances (*drug checking*).

Cela s'est fait au prix de la perte d'un nombre considérable de vies humaines

Depuis les premières initiatives au Royaume-Uni et aux Pays-Bas et l'invention de la « Réduction des Risques », il a fallu trop de temps pour modifier les politiques, alors que nous aurions pu sauver davantage de vies. Et surtout, comme nous le voyons aujourd'hui avec le défi posé par les nouvelles substances, les nouveaux usages et les nouvelles conduites à risque, notre modèle reste largement inspiré par l'épidémie d'héroïne qui est apparue vers la fin des années 70. Ce modèle, s'il a emprunté certains de ses modes d'intervention à la Réduction des Risques, n'en a intégré ni la philosophie, ni les principes éthiques fondamentaux. C'est pourquoi un véritable *aggiornamento* est nécessaire pour tous-tes les acteurs du système si l'on veut répondre de manière adéquate à ces nouveaux défis.

Le démarrage du processus a été plutôt lent

Après l'adoption du premier Plan Drogue européen, il a fallu attendre les années 2000 et l'adoption de la première stratégie et du premier Plan d'Action pour avoir des objectifs communs et des actions de mise en œuvre mieux définies. Progressivement, les États membres de l'UE ont pris l'habitude de se rencontrer tous les mois pour mieux se coordonner et pour échanger des informations sur une base plus scientifique. Ils ont également adopté des stratégies et des plans d'action nationaux alignés ou compatibles avec la stratégie de l'UE. L'évaluation externe, y compris du Plan d'Action européen, est devenue une pratique commune à tous les pays.

Une présence et une action internationale en devenir

La relation entre l'Union européenne et le reste du monde en matière de lutte contre la drogue s'est développée en trois temps : à partir d'une approche de « coopération au développement », pour évoluer ensuite vers une politique concentrée sur l'élargissement et la nouvelle politique de voisinage, pour enfin aller vers la



« dimension externe » de la stratégie drogue de l'UE. Aujourd'hui enfin, la rapide évolution du trafic de drogue, et de la violence associée aussi bien à sa production qu'au contrôle du marché par le crime organisé, a pour effet de renforcer aussi bien la dimension interne que le pendant externe de la stratégie européenne en matière de drogues. C'est dans cette perspective qu'on situera et relira la première Recommandation du Conseil de 2003 sur la Réduction des Risques, la Déclaration de l'UE de 2016 à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) et les récentes initiatives de coopération européenne et internationale impliquant les grands ports mais aussi le secteur privé.

"Nothing about us without us"

Ces dernières années, dans la plupart des pays de l'UE mais avec des modalités et des pratiques variées en fonction des priorités et des orientations nationales spécifiques, les usager·ères de drogues – et utilisateur·ices des services de soins et de Réduction des Risques – sont davantage reconnu·es en tant que partenaires dans le développement des services. Cette approche participative, et le dialogue qui s'instaure petit à petit avec la société civile, est reconnue dans l'Union et s'appuie sur la Charte des droits fondamentaux qui fait désormais partie intégrante du Traité de Lisbonne. Le fait

que les progrès restent inégaux et parfois inaboutis ne peut pas masquer l'importance de l'évolution et d'un acquis qu'il importe de conserver et de développer à l'avenir.

Nouvelles menaces et nouveaux défis

De nouvelles vagues d'overdoses

L'introduction du fentanyl et d'autres opioïdes synthétiques puissants, mais aussi de nombreux groupes ou familles de molécules (cannabinoïdes et cathinones synthétiques) a entraîné de nouvelles vagues d'intoxications et de décès par overdose un peu partout dans le monde. Même si les causes associées à ces nouveaux problèmes varient d'un pays ou d'un continent à l'autre, la nature extrêmement puissante de ces drogues, souvent mélangées à d'autres substances sans qu'on le sache, pose un grave problème de santé publique.

L'évolution des modes de consommation

Avec l'essor des drogues synthétiques et des nouvelles substances psychoactives, mais aussi avec l'usage inhabituel ou jusqu'à présent inconnu de ces produits en combinaison avec d'autres plus anciens, les modes de consommation traditionnels ont changé, ce qui pose des problèmes en termes de prévention, de détection et de traitement, ainsi que de Réduction des Risques. En particulier, les risques associés à ces substances sont largement ignorés des intervenant·es de première ligne dans le domaine de la santé, et les réponses thérapeutiques restent à inventer.

Préoccupations en matière de sécurité, violence liée à la drogue

Le trafic de drogue reste une des principales sources de revenus du crime organisé dont les activités ont connu une expansion sans précédent ces dix dernières années. Au même moment, les forces de l'ordre ont dû concentrer leurs efforts d'une part sur la lutte contre la vague d'attentats terroristes soutenus ou initiés par Daesh ou par Al-Qaïda, et d'autre part sur la gestion de la crise causée par les grandes vagues de migrant·es aux frontières externes et internes de l'Union. Pendant ce temps, les organisations criminelles ont développé leurs activités dans un



climat de mondialisation et de transformation digitale accélérées par la pandémie de la COVID-19, tout en s'affrontant au moyen d'armes et d'explosifs pour le contrôle de territoires urbains morcelés. La violence qui en découle a atteint un niveau qui jusqu'à présent était davantage rencontré en Amérique Centrale que sur le territoire de l'UE.

Menaces pour l'état de droit

Les décideur·euses ont commencé à réaliser à quel point le crime organisé s'est infiltré dans l'ensemble de la société, et dans certains États membres l'on s'inquiète du risque de voir le pays devenir un « narco-état ». Certaines localités ou certains territoires semblent en effet risquer de devenir des zones de « non-droit ». Dans cette perspective, les approches et les discours se radicalisent, et l'on peut entendre ici et là des propositions de revenir à des politiques plus répressives, de « cibler » les usager·ères considéré·es comme la cause du problème (« il n'y aurait pas de problème de drogues s'il n'y avait pas d'usager·ères »). Certaines situations durent depuis des années et semblent difficilement récupérables, en raison de tous les facteurs de vulnérabilité accumulés, y compris en termes de sécurité.

Repenser la Réduction des Risques et les interventions

Pour répondre aux défis contemporains de la prolifération des drogues, de l'expansion des substances et de leur usage, une nouvelle définition de la Réduction des Risques est proposée, basée sur les faits et sur l'évidence scientifique :

La Réduction des Risques fait référence aux politiques, stratégies et pratiques qui visent à minimiser à la fois les effets néfastes de la consommation de drogues sur la santé des individu·es et les menaces plus larges que la production, la distribution et la consommation de drogues font peser sur la sûreté et la sécurité publiques.

Approches axées sur la santé

Il s'agit de stratégies inclusives basées sur une analyse des données au niveau national et local, et qui s'adressent, en fonction des substances consommées, aux risques qui y sont associés, et aux besoins des populations concernées, en offrant des réponses existantes ou innovantes centrées sur le ou la client·e. Ces stratégies peuvent inclure par exemple, en fonction des besoins, des projets de prévention communautaire, des salles de consommation supervisée, des services d'analyse des drogues et la disponibilité accrue de traitements à bas seuil⁴⁾, de services d'hébergement sans condition (*Housing First*⁵⁾) et d'interventions psychosociales intégrées. Nous proposons ici de parler de « système de Réduction des Risques » pour indiquer qu'aucune de ces interventions prise isolément ne peut offrir une solution au problème, s'agissant de risques par définition pluriels.

Stratégies de sécurité publique

Il s'agit d'interventions ciblées contre les principaux réseaux de trafic de drogue, d'une surveillance innovante des marchés numériques et d'une collaboration avec des partenaires internationaux pour endiguer le flux mondial de substances illicites, le détournement des précurseurs et le blanchiment des capitaux illicites. Lorsque la population générale se retrouve exposée en première ligne à cette violence et aux risques qu'elle représente pour leur sécurité et parfois pour leur survie, rétablir la sécurité publique est un devoir, une obligation incontournable. Cependant, les moyens nécessaires pour y arriver doivent viser à restaurer la capacité de résistance et de résilience de la communauté, prévenir le recrutement des jeunes dans les bandes organisées, et la récupération de la dignité socio-économique de quartiers vuln-

⁴⁾ NDLR : « Le concept de bas seuil renvoie à la notion anglo-saxonne « step by step » (« marche après marche ») qui propose un accueil des usagers qui ne fait pas de l'élaboration d'un projet cohérent une condition préalable, mais une possibilité ouverte. » – Trémintin J., « L'accueil de bas seuil en protection de l'enfance », in *Le Lien social*, n°1141, 15/05/2014. <https://tremintin.com/joomla/articles/78-articles-de-2011-a-2015/338-bas-seuil-protection-de-lenfance>, consulté le 16/01/2023.

⁵⁾ Il s'agit d'une méthode innovante visant à favoriser l'inclusion sociale de certain·es sans-abri les plus vulnérables (qui ont un long passé de vie dans la rue et des problèmes de santé physique/mentale et/ou de toxicomanie). Le processus d'insertion est souvent un parcours long et ardu pour ces personnes (trop de conditions, trop d'étapes). Le logement d'abord marque un changement de logique : la première étape commence par le logement et celui-ci est accessible sans aucune condition (autre que celles qui s'appliquent à tout·e locataire : payer le loyer et respecter les termes du contrat de location). Une équipe est présente pour accompagner le locataire dans

rables. Bien plus que faire la « guerre à la drogue », il s'agit de faire la guerre à la pauvreté, aux problèmes causés par la grande vulnérabilité.

Éducation et sensibilisation : élaboration de savoirs collectifs

Les types de drogues et les risques qu'elles présentent évoluant, les campagnes de prévention doivent être mises à jour et adaptées à ce paysage changeant. L'irruption de tant de substances et de nouvelles conduites addictives invite à reconsidérer le cadre de référence des addictions sur base a) des leçons tirées de l'expérience des trente dernières années, b) de l'évidence scientifique et des faits liés aux substances actuelles, et c) d'une approche participative des assuétudes qui reconnaisse une place centrale aux usager·ères et à ce qu'ils peuvent nous apprendre de leurs pratiques et de leurs souffrances. Il s'agit bien de « déspecialiser » les addictions et de réinventer le champ des savoirs qui y sont associés mais n'en ont aucune exclusivité.

Opposition santé/sécurité : politique holistique ou régressive ?

Face à la violence grandissante liée au(x) marché(s) de la drogue et à l'insécurité qu'elle génère, la tentation est grande de récupérer et de transformer le débat en une « guerre » entre, d'une part, ceux qui s'instituent les défenseur·dresses de la sécurité des citoyen·nes, et, d'autre part, ceux qui incarneraient la cause même de cette violence du fait de leur revendication du droit à consommer et à réduire les risques qui y sont liés.

Pendant trente ans au moins, la question de l'insécurité, de ses causes et des réponses qu'elle appelle a fait l'objet d'un tabou dans de nombreux pays, elle n'était pas jugée politiquement correcte. En parler risquait même d'alimenter le discours des extrêmes. On a vu ce qu'il en est advenu, et la violence bien présente parmi nous, bien visible, marque le retour d'un refoulé non-pensé. À cet égard, on ne peut que sourire a posteriori de l'ostracisme dont a été

victime pendant des années une institution comme Transit⁶⁾, qui est justement à la pointe aujourd'hui dans la recherche et l'offre de nouvelles réponses plus adaptées aux besoins actuels, et qui s'appuient sur la reconnaissance de la citoyenneté des usager·ères de drogues/substances.

Il n'en reste pas moins que l'opposition ainsi présentée, outre qu'elle nie la citoyenneté de chacune des parties en prétendant affirmer celle de l'une au détriment de l'autre, repose sur une fausse définition du problème qui appelle une prise de position et une proposition alternative.

Conclusion

Chercher à apporter une réponse adéquate aux nouvelles addictions et aux nouveaux usages, ainsi qu'aux nouveaux risques qui les accompagnent, ne peut se faire qu'en incluant dans l'analyse tous les risques, y compris ceux associés à la violence liée au marché des drogues, à leur production, à leur trafic et à leur consommation.

Cette Réduction des Risques ainsi renouvelée, pour ainsi dire « élargie » à de nouveaux domaines et à de nouvelles populations, est déjà à l'œuvre dans de nombreuses villes un peu partout dans l'Union européenne. Elle est faite tous les jours par des décideur·euses politiques, des professionnel·les de tous bords, des citoyen·nes et parmi ceux-ci des usager·ères, qui s'engagent ensemble pour répondre à la complexité par la solidarité, la fraternité, et la mise en commun des idées et des moyens.

En faisant ce choix de prendre le problème à bras-le-corps, ces décideur·euses prennent un risque politique, iels en rendent compte vis-à-vis de leurs électeur·ices. De la même manière, les professionnel·les, les usager·ères et les autres citoyen·nes prennent elleux aussi le risque d'innover, de s'engager dans de nouvelles pratiques, d'explorer ce qui a fonctionné, et d'ajuster les actions selon les obstacles rencontrés et les résultats recherchés.

⁶⁾ NDLR : L'asbl bruxelloise Transit est un centre d'accueil non-médicalisé pour personnes majeures, dépendantes aux drogues (stupéfiants, alcool, médicaments). Depuis 2016, elle joue notamment le rôle d'Opérateur Régional Bruxelles Assuétudes (ORBA) dans le cadre du Plan Global de Sécurité et de Prévention (PGSP) de la Région de Bruxelles-Capitale. Site web : <http://fr.transitasbl.be/>

Paradoxalement, l'avenir de la Réduction des Risques, ainsi revisitée, serait conditionné à une nouvelle prise de risque de tous les acteur·ices concerné·es. Il nous faudrait pour ainsi dire reprendre le risque d'écouter les « nouveaux·elles usager·ères » pour se laisser interroger par leur vie, leur(s) usage(s) et leurs besoins, et réinventer des nouvelles réponses.

Trente ans après, il s'agit de reprendre la lecture du « Bon usage » pour à la fois s'imprégner de sa démarche et éviter de s'accrocher à des certitudes passagères. Il nous faut réinventer, plutôt que reproduire du « même ».

Le parcours auquel la Réduction des Risques nous invite est celui de l'écoute, du respect, du

non-jugement de l'autre, de la rencontre de celui-celle-ci dans sa singularité et dans son humanité.

À une époque marquée par une disponibilité sans précédent des drogues illicites, les décideur·euses politiques sont confronté·es à des défis qui exigent des solutions innovantes, flexibles et globales. En redéfinissant la Réduction des Risques pour qu'elle englobe à la fois les questions de santé publique et de sécurité, on obtient une feuille de route qui reconnaît la nature complexe et multiforme de la question. Ce n'est qu'en évoluant et en s'adaptant au paysage changeant que les sociétés peuvent espérer atténuer efficacement les dommages causés par les drogues.

La place des usager·ères de drogues dans la Réduction des Risques : perspectives historiques

Allocution de Miguel Velazquez, secrétaire général de l'association Auto-support et Réduction des Risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues (ASUD) · Restitution : Pamela Ciselet

Miguel Velasquez a commencé son allocution en remerciant Modus Vivendi pour cette tribune offerte aux usager·ères, trop souvent absent·es des conférences sur les drogues. Il a ensuite dressé l'historique de l'association ASUD et de la Réduction des Risques en France, en rendant hommage aux pionnier·ères.



ASUD, l'association d'Auto-support et Réduction des Risques parmi les usager·ères et ex-usager·ères de drogues, est née en France entre 1991 et 1992. Le point de départ est un groupe d'ami·es usager·ères de drogues par voie injectée⁷⁾ qui furent très inspiré·es par le Rotterdam Junkie Bond, syndicat d'usager·ères créé aux Pays-Bas en 1980.

En France dans les années 90, cela fait vingt ans que la loi de 1970 sur les stupéfiants réprime durement l'usage de drogues illicites. La justice exige souvent de l'usager·ère inculpé·e qu'il se soigne, ce qui signifie alors d'atteindre l'abstinence. Dans ce contexte surgit la figure tutélaire du docteur Claude Olievenstein sur l'hôpital Marmottant, un des premiers médecins à s'être intéressé avec beaucoup d'empathie au traitement des usager·ères. D'abord opposé au traitement par méthadone et aux échanges de seringues stériles, il a changé radicalement d'opinion face à l'épidémie de VIH/sida. Le groupe ASUD en devenir fait alors face au même défi, et « voit tous ses potes mourir d'overdose, de suicide et du sida, surtout du sida ». Miguel Velasquez estime qu'on peut

⁷⁾ Parmi elles Gilles et Phuong Charpy et Jean-René Dard

alors parler d'un génocide dans la communauté des usager·ères de drogues, dont l'accès aux seringues stériles n'est permis que sur ordonnance médicale.

Pour endiguer la progression du virus parmi le public injecteur, les pouvoirs publics ne peuvent pas compter sur des organisations communautaires comme ils l'ont fait pour la communauté LGBT. ASUD, association de « junkies », reçoit donc rapidement l'appui moral et financier de l'Agence française de lutte contre le SIDA (AFLS), coiffée à l'époque par la ministre Simone Veil. L'association ouvre ainsi son premier local à Paris et fait rapidement des petits, avec la création d'une vingtaine de filières d'ASUD un peu partout dans le pays. En 1994, ASUD Montpellier ouvre la première salle de consommation à moindre risque, appuyée par Médecins du Monde et la Mairie de Montpellier⁸⁾.

ASUD reste alors une association peu connue et c'est le collectif « Limiter la casse », créé le 25 mars 1993, qui va faire connaître la politique de Réduction des Risques. Limiter la casse se compose de militant·es de l'auto-support⁹⁾ et de la lutte contre le VIH/sida, ainsi que d'acteur·ices de l'associatif, de la santé et de l'humanitaire¹⁰⁾. Le 19 octobre de cette même année, le collectif publie un appel dans les journaux *Le Monde* et *Libération*¹¹⁾ :

De nombreuses personnalités signent l'appel, ainsi que 48 associations « majoritairement issues de la lutte contre le sida, mais aussi la Ligue des droits de l'homme, la Cimade, SOS Racisme, le Syndicat de la magistrature »¹²⁾. La RdR était née, mais il allait s'écouler beaucoup de temps avant la loi de 2004 qui autorise son plein développement.

Bien ancré dans l'usage de drogues, ASUD a beaucoup apporté à la RdR en termes de revendications : « On savait ce qu'on voulait. On voulait des échanges de seringues, on voulait des programmes méthadone. Ensuite on a voulu des salles de consommation, très vite on a voulu du testing. On a voulu bien sûr la naloxone, la buprénorphine ensuite ». La revendication d'ASUD concernant la buprénorphine était qu'elle soit disponible via la médecine de ville¹³⁾ et non pas uniquement via les centres dédiés aux addictions (aujourd'hui les CSAPA), une voie qui peut rebuter des usager·ères socialement bien intégr·es. Cette revendication a été gagnée, contrairement à la même demande faite pour la méthadone, pour laquelle il est encore

|| *Des toxicomanes meurent chaque jour du sida, d'hépatite, de septicémie par suicide ou par overdose. Ces morts peuvent être évitées, c'est ce qu'on appelle la « réduction des risques ».*

[...]

L'alternative entre incarcération ou obligation de soin est une impasse.

La responsabilité des pouvoirs publics est engagée comme elle le fut dans l'affaire du sang contaminé.

**Parce qu'une seule injection suffit pour devenir séropositif,
Parce que les toxicomanes sont nos enfants, nos conjoints, nos voisins, nos amis,
Parce qu'on ne gagnera pas contre le sida en oubliant les toxicomanes,
Limitons la casse ! ||**

⁸⁾ Cette aventure ne dure que six mois, l'État profitant qu'une overdose a lieu sur le trottoir en face de la salle pour la fermer définitivement. La personne décédée, qui s'était injectée à l'extérieur, s'est rendue à la salle parce qu'elle se sentait mal et a été secourue par le personnel du lieu.

⁹⁾ Défini dans le lexique p. 95.

¹⁰⁾ La liste des personnes impliquées, partiellement reprise par Miguel Velasquez dans son allocution, est disponible en ligne : <https://annecoppel.fr/limiter-casse-presentation-on-civiliser-les-drogues-annexes/>

¹¹⁾ Voir l'article d'Anne Coppel et ASUD renseigné ci-dessus.

¹²⁾ Ibid.

¹³⁾ « Ensemble des soins médicaux pratiqués en dehors des centres hospitaliers ou des établissements d'hébergement médico-social par les professionnels de santé libéraux. » – https://fr.wiktionary.org/wiki/m%C3%A9decine_de_ville, consulté le 13/02/2024.

obligatoire de passer par un centre dédié en début de traitement.

Rien de toute cette politique de Réduction des Risques n'a été expliqué à la société française, si bien que les critiques entendues en 1993 selon lesquelles on faciliterait l'usage de drogue pour « les drogués » n'ont pas cessé.

Ces critiques ressurgissent notamment en 2009 pour contrer la relance des salles de consommation à moindre risque. Malgré les précédentes décennies de RdR « par décrets », le gouvernement Hollande a exigé qu'une loi autorise ce dispositif, renvoyant leur concrétisation à l'année 2016. Ces mêmes critiques sont revenues en 2022 contre la création de salles de consommation pour « les crackers du Nord-Est parisien, une communauté de personnes qui consomment du crack dans la rue et qui depuis trente ans sont baladées d'un quartier à l'autre sous les expulsions de la police ».

ASUD ne s'est pas uniquement penché sur les aspects sanitaires de l'usage de drogues, et lutte depuis les premiers jours pour la fin de la répression de l'usage.

On sait que la prohibition c'est la porte ouverte à tous les abus, à la stigmatisation et à faire plonger la personne.

Tenir cette revendication malgré l'institutionnalisation du secteur de la RdR (loi de 2004) entraîne une certaine dichotomie pour le secteur dans la France de la tolérance zéro, où 80 % des arrestations pour usage concernent le cannabis. Les premiers objectifs de l'association sont de changer l'image des usager·ères de drogues dans la société et à leurs propres yeux ; de modifier la loi qui pénalise l'usage simple et privé des adultes et de transformer les « toxicos » en citoyen·nes comme les autres, bénéficiaires de droits et de devoirs.

Les valeurs d'ASUD sont donc « celles de la République : la liberté de chacun s'arrête là où commence celle d'autrui ». La mission de l'association est de représenter le moins mal possible les intérêts des usager·ères de drogues, qu'ils fassent un usage récréatif, présentent des pro-

blèmes d'addictions ou soient déjà pris·es en charge pour un traitement par agonistes opioïdes (TAO, anciennement TSO). L'action d'ASUD se veut quant à elle pragmatique :

- Informer l'entourage de l'usager·ère, les professionnelles du soin et les élu·es de l'intérêt qu'il y a à considérer l'abus de substances comme une pathologie et non comme un délit ;
- Représenter les usager·ères dans les instances hospitalières ou de santé publique (agrément national depuis le 8 décembre 2007) ;
- Siéger dans les différentes commissions nationales de santé publique ;
- Veiller au respect des droits des patient·es de TAO dans les structures de soin, les lieux de prescription et de délivrance via un observatoire, en manque de financement ;
- Publier ASUD Journal et tenir le site asud.org ;
- Siéger au sein de l'International Network of People who Use Drugs (INPUD) et d'EuroNPUD pour faire avancer la reconnaissance et les droits de la communauté.

ASUD a récemment porté un projet de film, « Le mur de la honte », en collaboration avec INPUD et Drugreporter. Il s'agit d'un reportage sur la scène de crack parisienne et l'importance des salles de consommation à moindre risque pour les fumeur·ses de crack, dans un contexte de tension très médiatisée entre riverain·es et usager·ères.

Miguel Velasquez clôture son historique en rappelant que les politiques de Réduction des Risques en France ont été trop lentes et que trop de personnes sont mortes dans l'attente de salles et de traitements. Les récentes déclarations de Gérald Darmanin¹⁴⁾ sur le narcotrafic sont une manifestation de plus du fait que la prohibition de l'usage de substances illégales continue d'être le seul horizon envisagé par les autorités.

¹⁴⁾ Homme politique français, Ministre de l'Intérieur et des Outre-mer depuis 2020.

Prendre des risques jusqu'au bout du rêve

Allocution de **Catherine Van Huyck**, directrice de Modus Vivendi

Il y a 20 ans, pour les 10 ans de Modus Vivendi, nous organisons les Assises de la Réduction des Risques lors desquelles nous avons inauguré notre charte, corédigée et reprise par de nombreuses associations. L'équipe s'était alors dit en blaguant : « À 20 ans on fera les sofas de la RdR, et à 30 ans les canapés-lits »... Malheureusement la reconnaissance n'est toujours pas au rendez-vous.

Ce qui nous rassemble, nous les acteur·ices de la Réduction des Risques en Wallonie et à Bruxelles, ce sont ces projets que nous avons menés ensemble en commençant par les opérations Boule de Neige – qui existaient déjà avant Modus, des opérations où quelques fouilles courageux·ses ont accepté de former et de rétribuer des usager·ères, ce qui était assez impensable à l'époque.

Ensuite d'autres valeureux·ses utopistes ont décidé de mettre en place des comptoirs d'échanges de seringues... en toute illégalité !

Notre histoire est parsemée de telles prises de risques, que ce soit le testing, le fait de décider de travailler en milieu festif, de revendiquer la place d'une Réduction des Risques dans les prisons, de former à un autre regard sur les drogues, de partager ce regard via des publications, de promouvoir une fête de qualité. Je pourrais citer bien d'autres exemples.

Toutes ces prises de risques pour nous rappeler que oui, vivre c'est prendre des risques mais c'est aussi et surtout être solidaires avec celles et ceux qui n'ont pas d'autre choix que d'en prendre et se battre.

Heureusement des avancées il y en a eu ! Pas mal, même.

Peu de gens osent encore prétendre que la RdR cela ne sert à rien mais, mais... Nous continuons à entendre qu'il s'agit quand même d'incitation à l'usage. On ne nous dit plus, comme cela a été le



cas, que permettre un accès à de l'eau gratuite potable en discothèque c'est faciliter l'usage de drogues mais, mais... On nous martèle encore que donner de l'eau injectable aux utilisateur·ices de drogues par voie intraveineuse, c'est quand même leur faciliter la tâche. On ne nous assène plus que donner des préservatifs va entraîner une baisse de l'âge de la première relation sexuelle chez les jeunes mais, mais... On nous affirme encore que permettre aux usager·ères de tester leurs produits c'est les inciter à consommer.

Pourtant, je ne connais personne qui ait acheté un produit parce qu'il pouvait le faire tester. C'est bien le contraire qui se passe, iel le fait tester parce qu'il l'a acheté ! Et cette inversion logique à laquelle nous sommes sans cesse confronté·es est fatigante.

Ce n'est pas la Réduction des Risques qui mène à la drogue, mais l'usage de drogue et la répression qui lui est faite qui entraînent la Réduction des Risques comme une réponse logique, humaine et pragmatique.

Cette année nous n'avons pu faire de testing dans aucun festival ni lieu festif... ce qui est un recul par rapport aux années précédentes, preuve que la RdR ne va toujours pas de soi et que nous devons sans cesse continuer à batailler pour maintenir le droit à l'information et à la santé pour les usager·ères de drogues.

C'est pourquoi il nous semblait particulièrement important de nous rassembler aujourd'hui et de nous mobiliser autour des enjeux futurs de la Réduction des Risques.

Marie-Paule Giot, notre ancienne présidente, faisait remarquer avec justesse que si au début de la RdR, nous faisons surtout face à la crise sanitaire liée au VIH/sida, ce que nous affrontons maintenant c'est une crise sociale – et sociétale ? – terrible qui entraîne précarité, explosion du sans-abrisme, augmentation et banalisation de la consommation globale et de celle du crack plus particulièrement, sans parler de ce que vit une jeune génération profondément abîmée par l'image que lui a renvoyée notre société durant la crise de la COVID. À tous ces défis, la réponse des autorités reste encore trop souvent la guerre à la drogue, et surtout aux « drogué·es ».

À l'occasion des 30 ans de Modus Vivendi, nous voulions travailler avec tous·tes nos partenaires en ciblant les enjeux à venir pour... les 30 prochaines années ! Une fois encore, soyons utopistes ! Allons jusqu'au bout de nos rêves !

Nous avons fait le choix de ne pas vous proposer aujourd'hui d'atelier sur le cadre légal car pour nous les recommandations sont claires :

Le cadre législatif actuel est un grand exhausteur de risques. Il est ancien, suranné et met des vies en danger. Il faut donc le réformer et contribuer ainsi à la mise en place d'un projet de légalisation qui rendrait à l'usager·ère son rôle de sujet de sa santé et d'acteur·ice de la santé collective.

Nous avons ciblé plusieurs domaines qui sont repris dans les ateliers comme notamment la RdR en milieu scolaire, rural ou auprès d'usager·ères vieillissant·es...

Ensemble, trouvons d'autres manière de répondre à ces enjeux vitaux comme nous l'avons toujours fait : en innovant, en faisant preuve de folie, en osant tenter l'impossible. C'est ce que je nous souhaite à tous·tes dans les ateliers de la journée.

Modération de la plénière d'ouverture : Nicolas Van de Linden (Modus Vivendi)



ATELIERS THÉMATIQUES

Crise(s) sociale(s) et Réduction des Risques

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 1 DU MÊME NOM, RÉDIGÉ PAR CÉCILE BÉDUWÉ

Le creusement des inégalités sociales impacte notamment des publics déjà en marge de la société, fragilisés et soumis à différents types de discrimination. La Réduction des Risques liés à la consommation de produits psychotropes tient-elle compte de ces inégalités sociales grandissantes ? S'adapte-t-elle aux publics spécifiquement fragilisés ? Finalement, la Réduction des Risques ne sert-elle pas de paravent aux politiques sociales défaillantes ? Comment faire pour sortir d'une gestion parastatale de la misère ? Comment les principes d'intervention de la RdR peuvent-ils être transposés dans des domaines qui dépassent la promotion de la santé ?

INTERVENANT·ES :

Nelson Das Neves Ribeiro, docteur en criminologie, chercheur au Centre de recherches pénalité, sécurité et déviances (CRPSD – ULB)

Miguel Velazquez Gonzalez, secrétaire général d'ASUD¹⁸⁾

Laurent d'Ursel, ancien directeur de DoucheFLUX, secrétaire du Syndicat des immenses¹⁹⁾

¹⁸⁾ Association des Usagers de Drogues. Première association française d'(ex-) usager·ères de drogues créée en 1992, avec notamment pour objectifs le changement de l'image des usager·ères de drogues et de la loi qui pénalise l'usage simple et privé des adultes – www.asud.org.

¹⁹⁾ DoucheFLUX lutte pour la fin du sans-chez-soirisme et propose des accompagnements sur mesure à des personnes avec ou sans papiers, avec ou sans chez-soi, d'ici ou d'ailleurs afin de faciliter l'accès à leurs droits fondamentaux, www.doucheflux.be (page consultée le 5/12/2023).

Les effets secondaires des drogues. Usager·ères « de salon » et usager·ères « de rue ».

Nelson Das Neves Ribeiro, docteur en criminologie, chercheur au Centre de recherches pénalité, sécurité et déviances (CRPSD – ULB)

Nelson Das Neves Ribeiro a récemment défendu sa thèse de doctorat qui portait sur les usager·ères de drogue, et plus spécifiquement sur les significations que ces dernier·ères attribuent à leur consommation et à leur environnement social. Son objet principal consistait à faire communiquer « des mondes », des réalités sociales d'usager·ères que traditionnellement la recherche en sociologie et en criminologie étudie séparément. D'une part, les « usager·ères gestionnaires », c'est-à-dire des personnes qui « utilisent la drogue, mais dont le mode de vie ne se réduit pas à la recherche et à l'usage du produit »¹⁵⁾ ; usager·

ères pour lesquelles la consommation de drogues « ne constitue pas [...] la seule ligne biographique de l'existence »¹⁶⁾. Et d'autre part, l'univers de ceux que le sociologue Robert Castel appelle les « toxicomanes avéré·es », c'est-à-dire ceux « qui organisent une part essentielle de leur vie personnelle et sociale autour de la recherche et de la consommation d'un ou plusieurs produits psychotropes »¹⁷⁾. Nelson Das Neves Ribeiro a réalisé une série d'observations et de discussions informelles, il a également recueilli les récits de vie d'une quarantaine de personnes, tant d'usager·ères inséré·es socialement que d'usager·ères en

¹⁵⁾ CAIATA M., « Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité », in FAUGERON C. et KOKOREFF M. (dir.), Société avec drogues, Ramonville Saint-Agne, ERES, 2002 p. 64.

¹⁶⁾ Ibidem.

¹⁷⁾ CASTEL R. et al. « Les sorties de la toxicomanie, types, trajectoires, tonalités », Fribourg, Éditions Universitaires, 1998, pp. 24-25.

grande précarité. Les rencontres se sont déroulées en rue, au sein d'institutions et dans des espaces privés. Son objectif était bien d'aller en profondeur dans les récits, les entretiens durant de 2 à 8 heures, et non de constituer un échantillon représentatif. Cette démarche lui a permis d'affiner sa question de recherche : « Quel(s) sens des usager-ères ayant des rapports diversifiés à la drogue et au monde de la drogue donnent-iels à leur consommation et à leur environnement social ? ». Ce qui l'a amené à identifier et sélectionner « les composantes sociales que les usager-ères mobilisaient pour donner sens à leur vie et à leur trajectoire de consommation », à savoir le rapport aux parents, aux ami-ès, à la vie de couple, à la vie professionnelle et au système pénal.

Sens donné par les usager-ères de drogues au système pénal et à leurs expériences pénales

Les éléments présentés dans cet atelier sont principalement issus de la recherche menée par l'intervenant et se concentrent sur l'analyse du sens donné par les usager-ères de drogues au système pénal et à leurs expériences pénales. Selon Dan Kaminski et Michel Kokoreff, respectivement criminologue belge et sociologue français, « constitue une expérience pénale tout élément narratif qui peut s'observer qualitativement et qui rend compte du passage d'un acteur dans le système pénal, c'est-à-dire dans un espace institutionnel, formel (lois, politiques, [la prohibition]) et matériel (tribunal, prison) portant la marque de ce système »²⁰. Cela signifie qu'il n'est pas nécessaire d'aller en prison pour connaître une expérience pénale, qu'une forme matérielle n'est pas indispensable. Nelson Das Neves Ribeiro cite l'exemple des formes que prend l'achat de drogues illégales qui est conditionné par leur interdit. Il en va de

même pour les contextes de consommation, pour les moyens dont disposent les consommateur-ices pour contrôler la qualité du produit consommé. Tout cela est conditionné par le pénal même si la personne n'a pas expérimenté la prison. Cette observation peut s'apparenter à la différenciation entre les effets primaires des drogues et leurs effets secondaires initialement proposée par Hulsman et Van Ransbeek²¹ : les premiers renvoient aux effets attribués aux propriétés pharmaceutiques des psychotropes et les seconds aux effets découlant de leur criminalisation. Ainsi, les effets secondaires liés au pénal renvoient bien aux « coûts sociaux » de la criminalisation.



²⁰ KAMINSKI D. et KOKOREFF M., « Sociologie pénale : système et expérience », Ramonville Saint-Agne, Érès, 2004, p.11.

²¹ HULSMAN L. et VAN RANSBEEK H., « Évaluation critique de la politique des drogues », in *Déviance et société*, Vol. 7, 1983, pp. 271-280.

Le marché illégal des drogues à l'origine d'une criminalisation accrue de leur usage, de leur détention et de leur revente

Pour cet atelier, Nelson Das Neves Ribeiro a choisi de se concentrer avant tout sur les effets de la prohibition sur les modes d'approvisionnement. Afin d'organiser son propos, l'intervenant distingue les consommateur·ices de cocaïne, qu'il appelle les usager·ères « de salon » et les consommateur·ices d'héroïne, dit·es « de rue ». Alors que les premier·ères sont plutôt « bien inséré·es, qu'ils consomment dans des espaces privés et ont finalement peu de contact avec le milieu de la drogue, les second·es se trouvent dans des situations de désaffiliation, sont contraint·es de consommer en rue et entretiennent des rapports soutenus avec le monde des drogues. Il va de soi que de nombreuses personnes se retrouvent dans des zones grises. Cette différenciation superficielle est avant tout heuristique et permet d'analyser les différences observées au regard des effets du pénal.

L'intervenant souligne le rapport différent au monde de la drogue pour ces deux groupes. Il parle d'un rapport « consommatoire » à la drogue et au deal pour les usager·ères de salon et d'un rapport « territorial » pour les autres. Au niveau des modes d'approvisionnement, de l'achat, les usager·ères de salon vont le plus souvent passer la commande par SMS ou WhatsApp, iels attendent le dealer pour ensuite monter dans sa voiture, où se déroule l'échange et iels en sortent. Cela s'arrête là. Différent·es chercheur·ses appellent cela « l'Uberisation du deal », un mode d'accès aux produits relativement simple et rapide qui implique de disposer d'un téléphone portable et du numéro de téléphone d'un dealer, numéro le plus souvent partagé au sein du groupe de pairs. L'achat de l'héroïne de rue repose sur des logiques très différentes : il est nécessaire d'aller à la rencontre d'un·e revendeur·se, de connaître les lieux où se fournir en matériel et produits, mais également où consommer en toute discrétion, etc. La plupart du temps les usager·ères de rue n'ont plus de téléphone, « souvent en fait les usagers de rue font corps avec ce monde matériel. Ils font corps avec les rues, ils font corps avec les parkings où ils se cachent pour consommer. Ils font corps avec les night shops

qui fournissent les usagers de drogue en aluminium [...]. Ils doivent développer un tissu social appartenant au monde de la drogue ».

Toujours selon Robert Castel cité par Nelson Das Neves Ribeiro, les différences au niveau de l'acquisition des produits se marquent dans des rapports aux produits, au milieu du trafic et exigent des engagements sociaux différents avec le monde de la drogue. La proximité spatiale, induite par le fait de vivre là où on achète le produit et où on le consomme, a des conséquences. L'une d'elles est l'instrumentalisation de l'usager·ère. C'est le cas lorsque la police utilise les consommateur·ices de drogue pour obtenir des informations sur des dealers, une instrumentalisation beaucoup plus risquée pour les usager·ères de rue qui partagent le même territoire que les dealers.

Tous·tes les usager·ères ne sont pas confronté·es à la même expérience sociale et donc pénale de l'usage de drogues : la précarité accroît les risques liés à l'usage, à la sécurité personnelle, et à un potentiel enfermement

On constate, et cela est bien connu notamment des travailleur·ses sociaux·ales, que la prohibition influence les conditions de la consommation. La qualité des drogues, par exemple, n'est pas contrôlée avec le risque de présence de produits de coupe non détectés. L'une des astuces développées par les usager·ères pour y pallier est la « méthode essai-erreur » qui consiste à s'approvisionner chez les dealers dont les produits sont réputés moins coupés. La composition potentielle des produits est cependant déduite sur base des effets ressentis sans aucune confirmation scientifique. Nelson Das Neves Ribeiro explique que « les consommateurs évoluant dans un univers de précarité sont confrontés avec plus de virulence à des produits frelatés dont la dose active est inconnue. Ce qui peut avoir des conséquences comme l'overdose évidemment ». Lorsque leur dealer n'est pas disponible, les usager·ères en précarité n'ont d'autre recours que de s'approvisionner là où iels peuvent. Une seconde méthode consiste à recourir au service de testing organisé en Belgique par l'asbl Modus Vivendi. L'inconvénient du testing est cependant le temps d'attente des résultats qui peut prendre quelques jours. Inévi-

tablement la vie en rue ou la consommation en rue rendent l'application des conseils de Réduction des Risques plus difficiles à mettre en place.

Les résultats d'autres recherches menées sur les aspects pénaux de la drogue, confirmés par la thèse de l'intervenant, convergent vers le même constat : la prohibition n'est pas un obstacle à la consommation des drogues. Le risque du pénal n'effraie pas les consommateur·ices, souvent peu au fait des peines encourues ou dont la situation est tellement difficile que la prison ne parvient pas à les rebuter. Pierre Landreville, criminologue canadien, affirme que « si [...] le système

pénal n'atteint pas les finalités affichées, il est par contre un producteur d'anti-bien-être, de coûts sociaux. Il produit en effet de la souffrance et la répartit de façon inégale selon les groupes sociaux, il accroît les inégalités sociales, il engendre des effets secondaires importants pour les justiciables et leurs familles [...]. Ce n'est pas sans raison que l'on a pu dire qu'il constitue en lui-même un problème social »²²).

²² LANDREVILLE P., « La récidive dans l'évaluation des mesures pénales », *Déviance et société*, vol. 6, n° 4, 1982, p. 384.

Les usager·ères de drogues durant le confinement dû à la pandémie COVID-19 : la vision d'ASUD

Miguel Velazquez, ASUD

Dans la foulée de l'intervention précédente, Miguel Velazquez souhaite préciser que les catégories de personnes consommatrices de drogues ne sont pas nécessairement aussi nettes, avec d'un côté les usager·ères héroïnomanes de la rue et de l'autre les cocaïnomanes festif·ves. Certain·es continuent à avoir une vie de famille, un travail, tout en étant de gros·ses consommateur·rices, alors que d'autres, à la rue, recourent aux drogues dans une moindre mesure, notamment parce qu'ils ne disposent pas de ressources. Des allers-retours entre les situations existent bel et bien.

La crise liée à la COVID-19 a été vécue par ASUD comme une situation de grande urgence. Tout comme pour l'ensemble de la société, la première réaction de stupeur s'est vite doublée, pour les usager·ères de drogues et les patient·es sous traitement de substitution aux opiacés (TSO), d'une « peur du manque ». Assez rapidement, ASUD a publié des conseils en lien avec le confinement sur Facebook et son site Internet : réglementation en vigueur, chevauchement de prescriptions, doublement de posologie, primo-prescription de traitement de substitution...



Des mesures sociales prises en situation d'urgence, alors qu'elles sont prônées par les associations et les usager·ères depuis très longtemps

Miguel Velazquez témoigne à quel point la situation était anxiogène pour les usager·ères, de nombreuses structures étant totalement fermées ou n'ouvrant que selon des plages très réduites. Certaines n'assuraient des échanges que par téléphone, d'autres encore n'acceptaient aucun·e nouveau·elle patient·e. C'est précisément pour ces dernier·ères que la situation était particulièrement critique. Les quelques services qui, au début de la crise accueillaient de nouvelles personnes en plus de leur file active déjà bien dense ainsi que les usager·ères habituellement suivi·es par d'autres, ont rapidement été débordés. Les règles de non circulation en vigueur, doublées du renforcement policier dans les espaces publics, ont restreint les possibilités de se rendre dans les zones d'achat des produits et ont poussé les dealers à ralentir leurs activités, confrontant les usager·ères au manque. Dans ce contexte, la prise en charge des nouveaux·elles bénéficiaires s'est rapidement muée en véritable urgence. La demande de TSO a alors connu une augmentation particulièrement forte. Les patient·es déjà sous traitement étaient également inquiet·ètes redoutant les problèmes de prescription et de non délivrance, surtout pour les renouvellements rapprochés provenant des institutions aux permanences limitées. L'accessibilité était encore plus difficile pour les usager·ères de grandes banlieues avec des lignes de transport réduites, voire supprimées.

En réaction, ASUD a publié un appel afin que toutes les structures et les lieux de délivrance soient carrément ouverts, ou avec des plages plus importantes, et qu'ils accueillent également de nouveaux·elles patient·es afin de soulager les services qui étaient restés accessibles depuis le début du confinement.

La Direction générale de la Santé française a rapidement réagi à cet appel en critiquant certaines recommandations formulées par l'association, car elles n'étaient pas conformes aux mesures préconisées officiellement. Si nous étions satisfaits de constater que nos publications étaient lues par les autorités de santé, nous l'avons été

d'autant plus que les conseils donnés en matière de dédoublement (sic.) de posologie et de chevauchement répondaient parfaitement à la situation d'urgence vécue à ce moment-là, et surtout qu'ils n'ont donné lieu à aucun dérapage.

Il est utile de préciser que les recommandations prodiguées provenaient d'expériences vécues lors de déplacements, hors du lieu habituel des prescriptions ou au cours de voyages à l'étranger, par différent·es usager·ères ou patient·es de TSO. Par la suite, deux arrêtés ont très rapidement été promulgués dans le courant du mois de mars pour permettre d'ouvrir plus largement les possibilités de prescription et de délivrance à des particulier·ères, une mesure qu'ASUD réclamait déjà depuis longtemps. Des médecins généralistes et officines ont fini par délivrer des TSO bien qu'ils ne l'aient pas fait jusqu'alors. Certain·es ont d'ailleurs continué à le faire après la crise. Précisons que seulement 8 à 10 % des pharmacies délivrent des traitements de substitution aux opiacés. Pourtant les problèmes causés par les consommateur·ices y sont très rares si la délivrance se fait comme pour un autre produit pharmaceutique. Toujours ce même problème de stigmatisation des usager·ères pour lequel un seul dérapage est prétexte à généralisation.

Comme on l'a constaté pour les épidémies du VIH/sida et de la COVID-19, les crises sanitaires sont des moments de créativité et de mesures sociales liées à l'urgence, actions qui deviennent une priorité pour les décideur·euses politiques alors que les associations prônent leur mise en place depuis bien longtemps. Pour nombre d'entre elles, il s'agit de réponses proposées par les personnes concernées parfois depuis des années : prolongation des prescriptions de TSO, renouvellement facilité...

Constats tirés de la crise COVID et retrait des mesures pourtant positives

La crise a exacerbé des problématiques déjà connues et dénoncées, telles que le manque d'accès aux TSO en pharmacie par exemple. Les réponses apportées n'ont pas suffisamment pris en compte les populations en situation d'addiction les plus précaires, elles ont exacerbé les situations d'inégalité : manche impossible et donc privation de ressources essentielles de

revenus, accès à l'aide alimentaire et à l'hébergement drastiquement diminué voire au début supprimé, accès aux produits limité, sevrage forcé sans accompagnement ; accès aux TSO impossible ou extrêmement réduit, etc.

Avec la pandémie, une réelle distinction a été posée entre drogues licites et illicites. On a vu apparaître un discours en faveur du décrochage des drogues illicites en vue de l'abstinence. À l'opposé, les autorités ont prôné le maintien de l'usage de produits licites notamment par l'ouverture des coopératives viticoles, des magasins d'alcool et des bureaux de tabac. Une politique de « deux poids, deux mesures » : à la limite d'imposer l'abstinence, sans réelles modalités d'accompagnement pour les produits illicites *versus* la garantie de l'accès aux produits licites, qui comme le tabac ou l'alcool entraînent

pourtant un nombre considérable de décès chaque année.

Enfin, contrairement à la pandémie du VIH/sida, les mesures adoptées lors de la COVID-19 n'ont pas perduré et ont été annulées. Elles ont néanmoins pu prouver qu'il était possible de les appliquer, chose qui, précise Miguel Velazquez, avait toujours été niée par les pouvoirs publics jusqu'alors, sur des bases plus informelles et idéologiques que scientifiques. Il est légitime de s'interroger sur l'évolution qui s'est opérée entre ces deux contextes qui ont pourtant tous deux fait de nombreuses victimes et *in fine* ont touché toute une société. Dans les années 90, les décideur-euses auraient-ils su faire preuve de plus de pragmatisme ?

Le Syndicat des immenses

Laurent d'Ursel

Le Syndicat des immenses, fondé en mars 2019, a vu le jour sous le nom des Précaires en Colère. Le terme « précaire » étant très stigmatisant, l'acronyme IMMENSE lui a été préféré : Individu dans une Merde Matérielle Énorme mais Non Sans Exigences²³). Comme on peut le lire sur la page d'accueil de son site Internet : « Le Syndicat des immenses est un groupe de pression et d'action, non un groupe de parole. Comme il y a un syndicat des propriétaires et un syndicat des locataires, il y a désormais un syndicat des aspirants locataires / propriétaires. Le Syndicat des immenses est un lobby citoyen, une start-up sociétale post-charité, un corps intermédiaire, un interlocuteur sociétal, un laboratoire psycho-social et philosophique de réflexions politiques, d'actions engagées et de propositions constructives en faveur des personnes en non-logement ou en mal-logement. Le Syndicat des immenses porte des revendications, défend les droits des immenses, intervient régulièrement dans l'espace public et participe à de nombreux événements. »²⁴)

²³) www.syndicatdesimmenses.be (page consultée le 5/12/2023)

²⁴) Ibidem.



Le thésaurus de l'immensité

Pour Laurent d'Ursel, l'utilisation de mots tels que « sans domicile fixe » ou « sans-abri » est à proscrire pour leur préférer un terme qui reflète mieux leur point commun : « personne sans chez-soi ». Il invite à lutter pour la fin du « sans-chez-soirisme », synonyme de survie sans authentique chez-soi. Il a fallu beaucoup de temps au Syndicat des immenses pour trouver comment désigner les personnes « non immenses ». Contrairement aux immenses, les « escapé·es » bien qu'inséré·es dans le système « sont capables périodiquement de s'échapper, de fuir, de s'évader », d'où le terme soigneusement choisi. Les immenses, qui connaissent ces mêmes besoins de décompression, n'y ont pas accès par manque de moyens financiers, matériels, culturels... et sont contraint·es de « soupaper », comme l'exprime Laurent d'Ursel. Lorsque l'on ne dispose pas de chez soi pour « mettre le monde à distance », l'usage de drogues illicites, d'alcool... constitue un moyen d'y parvenir. Les immenses ont également choisi un terme pour les personnes passant du monde sans-chez-soi à celui des « escapé·es » en fonction des différentes étapes ou moments de leur vie : les immenscapé·es. Au total, le Syndicat des immenses a créé 200 termes, afin de décrire au mieux les différentes situations vécues.

L'absence de chez soi n'est pas une fatalité

La Réduction des Risques liés à l'usage des drogues peut également être adaptée en matière de sans-chez-soirisme : Réduction des Risques de perdre son logement, Réduction des Risques une fois qu'on l'a perdu de ne plus pouvoir le récupérer ou de le récupérer très difficilement. Si des ponts et des points communs existent, une différence notable sépare cependant ces deux secteurs selon Laurent d'Ursel. Pour la RdR, la consommation de drogues est un fait de société et le risque zéro n'existe pas. Par contre, le Syndicat des immenses s'affirme abolitionniste et est convaincu que le sans-chez-soirisme n'est pas une fatalité mais un choix de société et qu'il est possible de l'éradiquer, que le sans-chez-soirisme n'est pas un problème social mais une « problématique sociétale ». Le nombre de personnes sans-chez-soi explose dans toute

l'Europe. À Bruxelles, une étude récente révèle une augmentation de 18 % du nombre de personnes sans-chez-soi en deux ans, et en dénombre 7 134²⁵). La Finlande par contre, alors que l'Europe a fixé 2030 comme date butoir, espère quant à elle réussir à éradiquer le sans-chez-soirisme d'ici 2027. La situation semble également évoluer positivement en Ecosse et au Pays de Galle. Pour le Syndicat des immenses, il est donc possible d'agir sur le sans-chez-soirisme, cela relève finalement d'un choix de société.

Laurent d'Ursel précise que pour de nombreuses personnes, le sans-abrisme, l'absence de chez-soi, recouvre uniquement ce qui est visible, le sans-chez-soirisme de rue, « Gaston sur le carton », qui touche environ 1 000 personnes. Alors que le sans-chez-soirisme « de salon », pour reprendre l'analogie avec l'utilisation de drogues « rue-salon » d'une des interventions précédentes, est complètement invisibilisé, le « salon » pouvant être le Samusocial, un squat, une maison d'accueil, etc.

L'abandon des personnes dans la précarité plus coûteuse qu'une mise en logement

La crise de la COVID-19, tout comme l'a souligné Miguel Velazquez Gonzalez plus tôt dans cet atelier, a permis l'adoption et la mise en place de mesures jusqu'alors décrétées impossibles par les pouvoirs publics. Des chambres d'hôtel ont été mises à la disposition de personnes sans-chez-soi pour répondre aux exigences du confinement. Une seconde crise, la crise ukrainienne, s'est révélée interpellante. Une *task force* a été déployée, réalisant de véritables exploits en matière d'hébergement. Une trentaine de bâtiments ont rapidement été mis à la disposition des personnes réfugiées, alors que jusqu'alors, tous les arguments s'y opposaient dans le cas des immenses, quel que soit le niveau de pouvoir. De toute évidence les réfugié·es en provenance d'Ukraine sont bien des escapé·es, pas des immenses. « Tomber dans l'Immensité » ne leur est pas imputable. À nouveau, une question de choix : la preuve d'une société deux poids, deux mesures.

Une étude menée par l'Université Libre de Bruxelles²⁶⁾ démontre que le coût lié au travail d'accompagnement des sans chez-soi et celui de leur relogement est équivalent. La Finlande vante les économies réalisées grâce à sa politique de logement. Le concept « Housing First » vise la réinsertion par le logement de personnes complètement désinscrites, présentant à la fois des problèmes de santé mentale et d'assuétude. En place depuis une dizaine d'années en Belgique, cette approche a montré son efficacité. Dès lors, s'étonnent les immenses, pourquoi, dans une démarche de prévention, le refuser aux personnes en difficulté avant que leur situation ne soit irréversible ?

Échanges avec la salle

Un logement comme condition élémentaire

La question de l'accès à un logement ressort comme primordiale, elle constitue un point de départ essentiel, c'est la notion du « un-chez-soi d'abord ». Sans ce fondamental, le travail sur les autres problématiques vécues par les personnes reste vain quels que soient les traitements, les mesures d'accompagnement psychologique ou autres mis en place. Diverses expériences ont déjà été menées avec des consommateur·ices de drogues à qui a été fourni un logement stable et dont la situation s'est améliorée, avec une tendance à la diminution de leur consommation, voire l'abstinence pour certaines même si cela n'était pas l'objectif de base. Cette approche n'apparaît pas plus coûteuse que l'ensemble des « stratégies de rustines sociales » qui sont développées.



Un participant rappelle que, si aujourd'hui les projets « Housing First » sont très demandés, à leur lancement, ils suscitaient énormément de méfiance et de scepticisme. Un travail important a dû être fourni pour arriver à leur reconnaissance. Pour prouver que cette démarche innovante fonctionnait, il avait été décidé à l'époque de se concentrer sur les personnes dans les situations les plus difficiles, celles qui cumulaient des problèmes de santé mentale et d'assuétude, avec une longue expérience de vie en rue, celles qui n'étaient plus prises en charge par aucun service. L'objectif n'était pas a priori de se limiter à ces publics de manière définitive, mais de passer par une période test d'une dizaine, voire d'une quinzaine d'années, avant d'éventuellement ouvrir à d'autres.

À l'heure actuelle émerge la demande d'ouvrir à des personnes qui n'étaient pas visées lors de cette phase test. Cette question est légitime, mais le participant à l'atelier attire l'attention sur le fait qu'il reste important de ne pas en arriver à négliger, à « laisser sur le carreau », les personnes qui en ont finalement le plus besoin, c'est-à-dire celles qui cumulent les difficultés et les exclusions. S'il faut se réjouir pour les personnes qui ont retrouvé un logement, il ne faut cependant jamais perdre de vue toutes celles qui n'ont pas de chez-soi et dont la situation va se dégrader. Notons qu'en province du Luxembourg où il y a finalement peu de services et d'accès aux soins pour les publics désinscrites, le « Housing First » ne vise pas nécessairement les doubles diagnostics (santé mentale et assuétude).

²⁶⁾ Bayenet B., Carlier J. Carlier, Tojerow I., Verdronck M., « Le sans-chez-soirisme à Bruxelles : suite ou fin ? », DULBEA, ULB, 2022. Convention de recherche pour le Droit à un toit/Recht op een dak et le Syndicat des immenses, 2021-2022.

Décloisonner les approches et les publics

En matière de Réduction des Risques, d'autres pointent la nécessité de décloisonner les approches, d'étendre la RdR à différents publics, en l'englobant dans une approche de promotion de la santé, de façon à offrir une prise en charge plus globale des usager·ères. Cette ouverture devrait se faire à d'autres secteurs (santé mentale, etc.) pour pouvoir mener des actions plus globales afin de toucher des publics spécifiques mais aussi des publics communs à ces différents secteurs.

Enfin sont ressorties les questions du vocabulaire utilisé, comment le discours sculpte en particulier la représentation sociale des personnes discriminées, la culture de la Réduction des Risques à orienter vers les usager·ères et les citoyen·nes, un autre regard à poser sur les usages, l'acceptation de la Réduction des Risques plutôt que la Réduction des Dommages ou encore la gestion des risques et des plaisirs...

Les présentations suivies des échanges avec la salle ont abouti à la formulation de plusieurs recommandations :

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Amplifier les programmes d'accès au logement avec accompagnement, afin de les rendre accessibles au plus grand nombre et à plus de publics (exemple : les programmes et les projets de « Housing First »).
- ⇒ Pérenniser des solutions mises en place pendant les crises, parfois temporairement ou seulement pour certains publics : accès aux TSO avec prolongation de prescription, y compris pour les détenu·es, logements mobilisés, réhabilités et mis à disposition, etc.
- ⇒ Promouvoir davantage la prévention avant d'attendre que la situation des personnes ne soit irrécupérable.
- ⇒ Ne pas limiter la RdR – et ses valeurs (responsabilisation, autonomisation et *empowerment* des personnes à travers les actions menées, etc.) – aux drogues et l'étendre à d'autres secteurs (notamment le logement, la santé mentale, la sécurité dans les quartiers, etc.) pour une approche plus globale des différents publics.
- ⇒ Élargir le champ de la communication et du vocabulaire utilisé, y compris au-delà des secteurs professionnels, pour agir sur les représentations sociales des publics-cibles (personnes sans-chez-soi, usager·ères de drogues...).

Cet article est basé sur les interventions et échanges tenus au sein de l'atelier 1 « Crise(s) sociale(s) et Réduction des Risques » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation et prise de notes : Robin Drevet, Pauline Martin et Anastasia Geldof (Modus Vivendi)

Synthèse : Robin Drevet

Merci aux participant·es pour leur attention, leurs remarques et leurs questions.

Adapter la Réduction des Risques aux spécificités de ses publics : « arbre à problème » et à solution

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 2 « PAR-DELÀ LES DROGUES, LA RÉDUCTION DES RISQUES GAGNE DE NOUVEAUX TERRAINS », RÉDIGÉ PAR PAMELA CISELET

Dernièrement, la pandémie de COVID a mis en lumière la pertinence des pratiques de Réduction des Risques hors du secteur des assuétudes.²⁷⁾ Ces nouvelles potentialités nous amènent à poser deux questions :

- Comment ouvrir la Réduction des Risques à d'autres problématiques de santé publique en valorisant la participation, le renforcement du pouvoir d'agir, le développement de la littératie en santé, l'outreach, la communication, la démarche communautaire, etc. ?
- Comment encourager les mesures qui visent à créer des environnements favorables pour les publics marginalisés et/ou « désempouvoirs » : les jeunes, les MENA²⁸⁾ ; les migrant·es, les personnes racisé·es, les prisonnier·ères, les TDS, les personnes appartenant aux communautés LGBTQIA+ ainsi que les personnes situées aux intersections d'oppressions systémiques ?

Pour introduire la discussion, Fred Bladou et Isabelle Gosselin ont été invité·es à

²⁷⁾ Rousseaux R. et Malengreaux S. « Promouvoir la santé en contexte de pandémie – recueil d'expériences bruxelloises ». Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, 2022, 34 p.

²⁸⁾ Mineur·es étranger·ères non accompagnés·es

présenter leurs expériences respectives. Les participant·es à l'atelier ont ensuite travaillé en sous-groupes à l'élaboration de recommandations en créant des « arbres à problème » et « arbres à objectif » sur deux problématiques choisies : l'invisibilisation et la stigmatisation des publics.

INTERVENANT·ES :

Fred Bladou, direction innovation programmes AIDES, membre du comité scientifique de SOS Addictions et administrateur de la SCMR de Gaïa, membre de PAIN

Isabelle Gosselin, psychologue au Projet Lama et chercheuse à l'Observatoire du Sida et des sexualités de l'ULB

PERSONNES RESSOURCES :

Cécilia Goodman, responsable des formations du projet Go to Gyneco (asbl O'yes)

Anna Jacquiez, travailleuse à La Sauvegarde Du Nord

David Lallemand, responsable des projets du Délégué général aux droits de l'enfant

Guilhem Lautrec, directeur de l'asbl Alias

Kris Meurant, co-fondateur président de l'asbl I.Care

De Denver au chemsex : la RdR drogues auprès du public HSH

Fred Bladou est expert communautaire en RdR drogues, en prévention VIH/sida, IST et VHC, en droits des populations exposées au VIH/sida ainsi qu'en prise en charge des addictions chez les gays usagers de produits en contexte sexuel. Sexothérapeute et titulaire d'un diplôme universitaire en addictologie, il vit avec le VIH depuis 1986 et a un long parcours militant dans la Réduction des Risques. Aujourd'hui, sa thématique privilégiée est le chemsex, qui touche « des groupes minoritaires qui sont différents et

tellement proches en même temps, dans lesquels la reproduction du stigmatisme et de l'exclusion est extrêmement forte : les HSH – des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – et les usager·ères de drogues ».

Dans la structuration historique de la Réduction des Risques liés à l'usage des drogues, il y a un moment particulier qui marque, selon Fred Bladou, un point de départ dans les combats face

au VIH. En 1983, cela fait deux ans que l'on parle du sida, et c'est l'hécatombe aux États-Unis. Fred Bladou résume la posture des politiques sous Reagan quant aux populations touchées par le VIH/sida en ironisant sur les catégories d'alors, les quatre H : les hémophiles, qui ont été contaminé-es par transfusion, « on allait pas en plus leur taper dessus » ; les héroïnomanes, qui n'auraient « qu'à arrêter de s'injecter » ; les homosexuels, qui n'auraient « qu'à arrêter de coucher » ; les Haïtien-nes, « migrants donc non prioritaires ».

Dans ce contexte, en juin 1983, la cinquième conférence nationale annuelle sur la santé des lesbiennes et des gays est organisée à Denver (Colorado). Il s'agit d'une conférence très médico-centrée, rassemblant des médecins « n'y connaissant pas grand-chose au VIH, aux traitements... »

Une douzaine d'hommes gays séropositifs, constitués pour l'occasion en « comité consultatif des personnes atteintes du sida »²⁹⁾ se sont

levés lors de cette conférence pour marquer leur désaccord avec les propos tenus par le corps médical et le monde politique et poser le premier pas vers l'approche communautaire : on ne fait pas pour les usager-ères sans elleux, on fait à partir de leurs besoins et avec elleux. « Puisque vous ne pouvez rien faire pour nos vies, écoutez au moins ce que nous avons à en dire ! »³⁰⁾

Pour Fred Bladou, ce lien entre Réduction des Risques liés à l'usage drogues et VIH/sida constitue la base de cette stratégie de santé publique. Cela n'a pas empêché la spécialisation du secteur, sur base d'une séparation des publics :

Pendant des années et des années moi j'ai bossé auprès d'usagers, on ne leur parlait jamais de sexualité : « Attends le mec il prend de l'héro, il n'a pas envie de baiser ». Et puis pareil auprès des gays, on fait juste de la prévention. Il fallait que je remplace un de mes potes [travaillant auprès des HSH] : « Ah ne parlez pas de drogues. Les gays se contaminent en baisant mais pas à cause de la drogue ».

Aujourd'hui, le chemsex « est venu mettre une vraie claque ». Comment savoir si la contamination vient du sexe ou de l'usage de drogue(s) ? L'angle mort amené par cette nouvelle pratique a exigé une adaptation des méthodes d'intervention, et poussé la Réduction des Risques à innover.



²⁹⁾ <https://fr.hivcaucus.org/denver-principles>

³⁰⁾ <https://www.fonda.asso.fr/ressources/la-democratie-sanitaire-en-action-lexemple-de-aides>

La grille de lecture intersectionnelle en santé

Isabelle Gosselin, qui exerce comme psychologue et chercheuse, a travaillé une quinzaine d'années au CHU Saint-Pierre, notamment au centre de dépistage HIV/IST (centre Elisa). Ayant réalisé le master de spécialisation en études de genre, elle a intégré l'Observatoire du Sida et des Sexualités pour mener une recherche sur les inégalités sociales de santé et l'accès aux soins des personnes minorisées en genre et sexualité.

Actuellement, Isabelle Gosselin interroge l'inclusivité et l'intersectionnalité dans les soins de santé mentale. Sa recherche s'est portée sur les modalités innovantes qu'appelle une Maison Arc-en-ciel de la Santé (MACS), spécifique pour les publics LGBTQIA+.

Les inégalités sociales de santé, ce sont des différences de santé secrétées par des rapports de pouvoir. Ces rapports de pouvoir sont partout, et sont liés à des déterminants sociaux. Ils se retrouvent également au cœur même des relations soignant-soigné. Et le problème est que, malgré ces inégalités, la plupart des professionnelles de la santé rencontrées nous disent : « On accueille tout le monde de la même manière ».

Pour Isabelle Gosselin, le concept d'intersectionnalité peut être un outil pour réduire ces inégalités sociales de santé. Celui-ci trouve son origine dans l'exclusion des femmes noires du mouvement féministe né dans les années 1970 aux États-Unis, qui était principalement pensé par et pour des femmes blanches tout en se revendiquant de toutes les femmes. Le mouvement afroféministe a mis au jour les spécificités et les discriminations vécues par les femmes noires dans la société étasunienne, spécifiques à leur condition de femmes noires. L'intersectionnalité est théorisée comme la prise en compte du croisement des différents facteurs de discrimination qui pèse sur le groupe ou l'individu (race, classe, genre, orientation sexuelle, état de santé, etc.).

Elle partage deux exemples issus du secteur de la santé pour illustrer la pertinence de cette

grille de lecture. Le premier lui est rapporté par une infirmière sociale en planning familial : quand une femme blanche venait pour une IVG, les médecins lui parlaient de son envie d'avoir encore d'autres enfants. Quand une femme noire, dont ils ne connaissaient pas l'histoire, est venue avec la même demande, on lui a tout de suite parlé de stérilisation. Le deuxième exemple est celui d'un homme musulman dans un centre de dépistage, dont on va présupposer l'hétérosexualité et à qui on ne proposera donc pas les mêmes informations et traitements qu'à un homme blanc, qui sera plus facilement supposé HSH par le corps médical. Ces stéréotypes, même inconscients ou bienveillants, impactent l'accès et la relation au soin des publics concernés.

La maison inclusive Arc-en-ciel semble à première vue un bon remède à ce problème. Ce qui paraît beaucoup plus compliqué, c'est d'adopter la grille de l'intersectionnalité dans la pratique :

Il est très compliqué, en tant que professionnelle de santé, de remettre en question sa position sociale. Parvenir à faire de la place aux autres, réduire la place qu'on prend soi-même est peut-être une piste à creuser.

La méthodologie de l'arbre à problème

L'arbre à problème est un outil d'animation permettant de créer un support visuel pour travailler une problématique. L'animation se déroule en deux temps : dépeindre le problème, puis ouvrir des pistes de solution.

1^{re} étape : la problématique, ses causes et ses conséquences

L'atelier a été scindé en deux sous-groupes, qui ont chacun choisi une problématique inspirée par la Charte de la Réduction des Risques³¹). Cette problématique, commune aux publics marginalisés, est placée sur le tronc de l'arbre. Les participant·es ont choisi de travailler l'invisibilisation des publics et leur stigmatisation.

³¹) <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>

Dans chaque groupe, on va se poser la question du « pourquoi » et pointer les causes de cette problématique, potentiellement spécifiques à tel ou tel public. Elles sont notées par les participant-es et les personnes ressources sur des post-its, puis placées sur les racines de l'arbre.

Enfin, de la même manière, le groupe va relever les conséquences actuelles ou futures de cette problématique pour chaque public spécifique. Les post-its reprenant ces « effets » sont placés sur les branches de l'arbre.

2^e étape : l'arbre à objectif

Chaque groupe est invité à imaginer comment l'on pourrait transformer sa problématique commune en une résolution positive, qui aurait des conséquences bénéfiques sur leurs publics. Il s'agira de l'objectif global, à placer sur le tronc d'un deuxième arbre, l'arbre à objectif (ou arbre à solution).

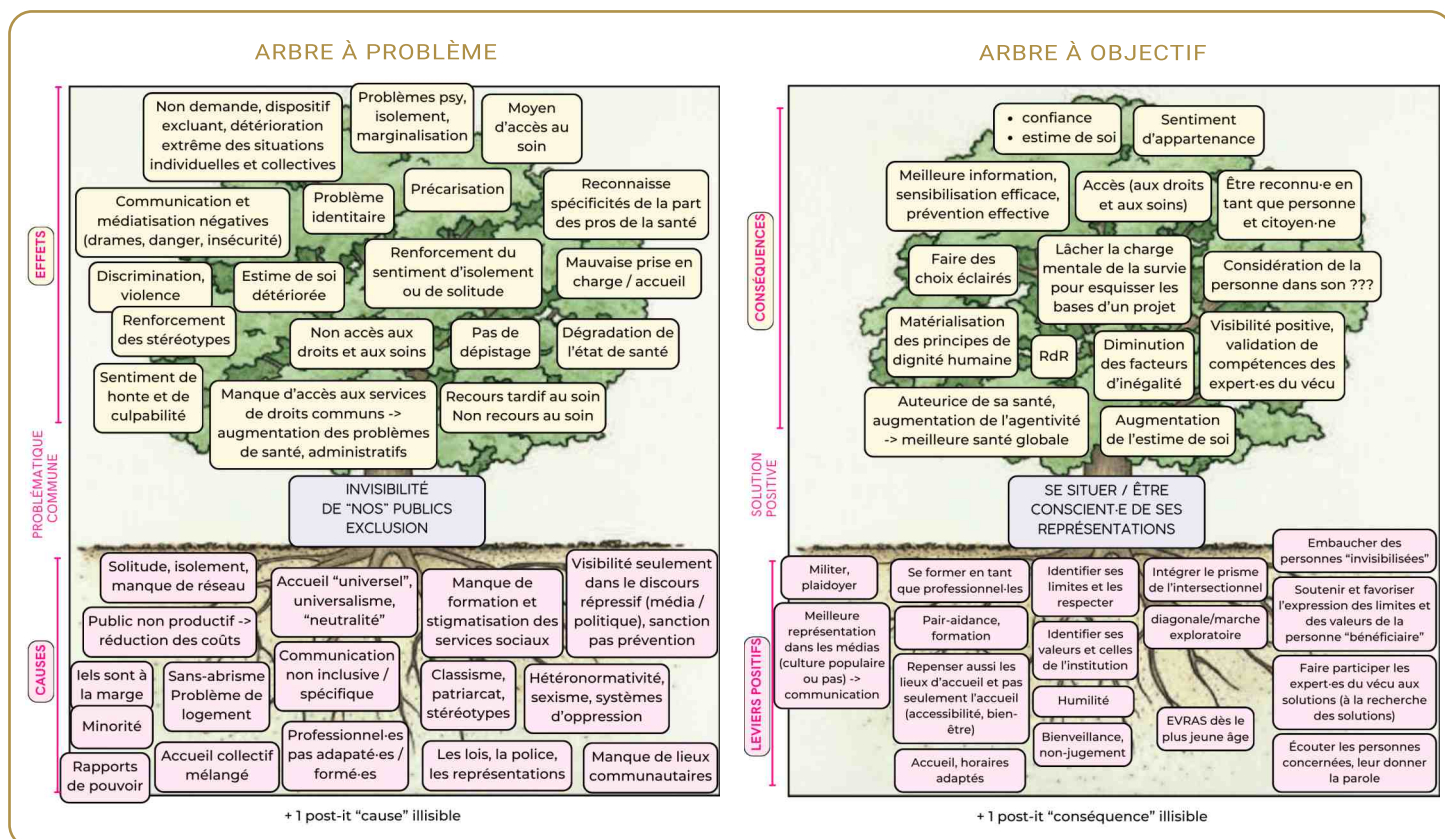
Les causes (racines) de l'arbre à problème sont transformées en leviers positifs, et ses effets (branches) sont transformés en conséquences positives, qui deviennent des objectifs spécifiques.

L'arbre de l'invisibilisation

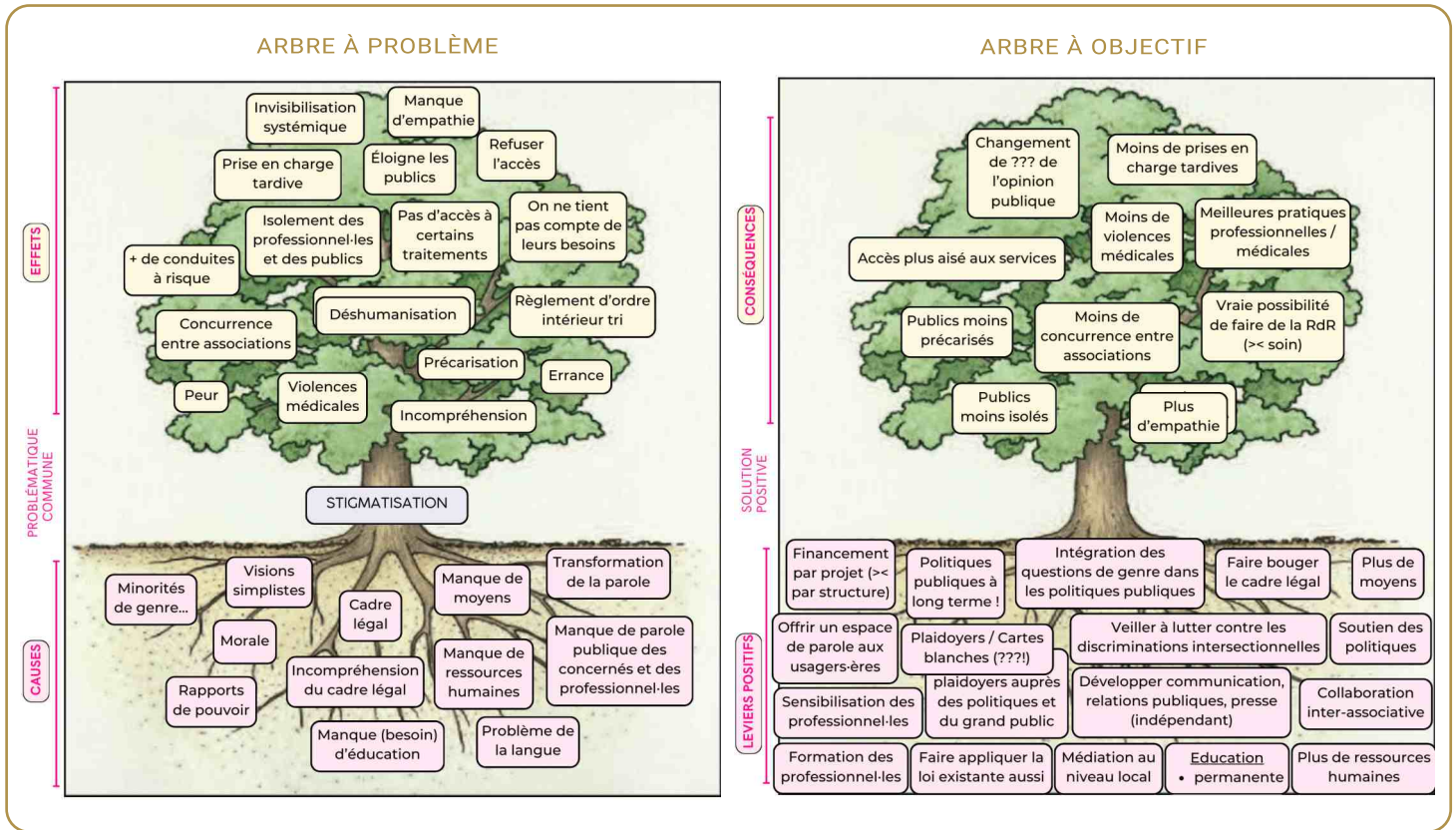
Les arbres à problème et à objectif élaborés par le premier sous-groupe sur la problématique de l'invisibilisation des publics sont restitués ci-dessous. Le groupe en a tiré deux recommandations :

- Renforcer les compétences des professionnelles pour qu'iels puissent prendre conscience de l'endroit où iels se situent socialement et des biais que cette position spécifique peut engendrer dans leur pratique, et qu'iels puissent ainsi rester à l'écoute des publics;
- Renforcer et systématiser la participation des publics dans le cœur des structures de santé et du social, ne pas se contenter de les inclure ponctuellement sur des projets limités.

INVISIBILISATION DES PUBLICS



STIGMATISATION DES PUBLICS



L'arbre de la stigmatisation

Les arbres à problème et à objectif construits autour de la problématique de la stigmatisation des publics par le deuxième sous-groupe sont restitués ci-dessus. Plusieurs recommandations en ont émergé :

- Faire de la vraie Réduction des Risques, en s'inscrivant davantage dans la prévention que dans le soi ;

- Réduire la concurrence entre associations ainsi que l'isolement des publics et des professionnel·les ;
- Faire évoluer l'opinion publique ;
- Faciliter l'accès au soin et réduire les violences médicales.

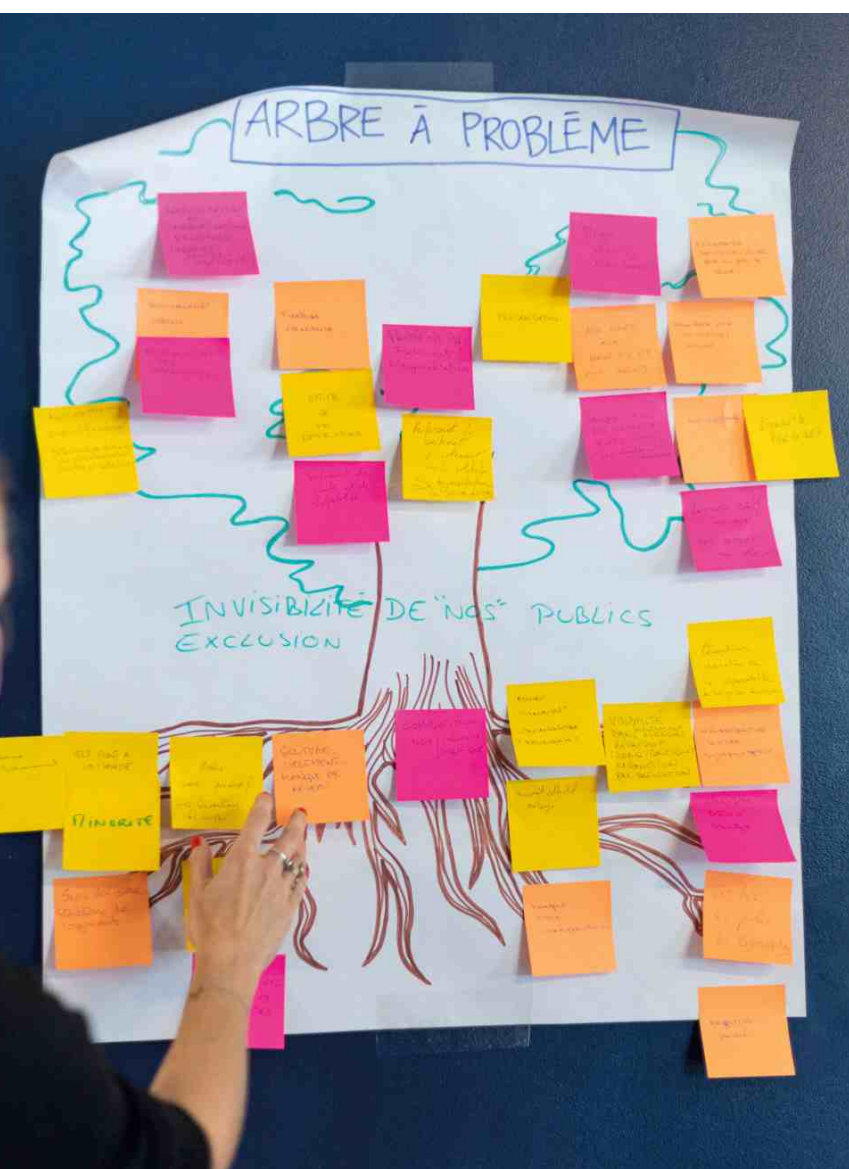


Conclusion

Les réflexions collectives tenues lors de l'atelier ont acté l'importance de repartir de la base d'origine de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues : on ne travaille pas pour les usager·ères, sans elleux, mais en partant de leurs besoins et avec elleux. De nouvelles pratiques comme le chemsex obligent aujourd'hui la RdR à se réinventer et à innover dans ses méthodes d'intervention. Quelques recommandations pour l'accompagner dans ce sens :

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Trouver un soutien politique : plus de moyens structurels (financiers, humains) sont nécessaires, ce qui demande des politiques publiques pérennes et une réelle cohésion politique autour de la RdR.
- ⇒ Renforcer les compétences des professionnel·les : que ceux-ci puissent se situer par rapport à leurs publics, être à leur écoute et conscient·es de leurs propres biais.
- ⇒ Remettre la participation des publics au centre des structures.
- ⇒ Éduquer au sens large : travailler la communication, la médiatisation, les relations publiques, etc. pour faire évoluer l'opinion publique sur les publics marginalisés.



Cet article est basé sur les échanges tenus au sein de l'atelier 2 « Par-delà les drogues, la Réduction des Risques gagne de nouveaux terrains » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation : Louise Moraldy et Emilie Walewyns (Modus Vivendi)

Synthèse : Julie de Drée (Modus Vivendi)

Merci aux participant·es pour leur contribution aux échanges et à la réflexion.

Nouvelles pratiques professionnelles : la Réduction des Risques alcool

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 3 « NOUVELLES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET NOUVEAUX USAGES », RÉDIGÉ PAR PAMELA CISELET

Comment le secteur s'adapte-t-il aux évolutions des substances et des usages ? Quels sont les freins à la créativité en matière de Réduction des Risques ? Nous avons abordé ces questions à la lumière de deux projets liés à la consommation d'alcool, une substance que les associations de RdR ne prennent que trop peu en considération dans leurs dispositifs de 1ère ligne et leurs plaidoyers.

INTERVENANT·ES :

Matthieu Fieulaine, coordonnateur du collectif Modus Bibendi

Étienne Normand, chef de service du CAARUD Intermède et du dispositif Intermezzo, Association Régionale Clémence Isaure à Toulouse, membre de Modus Bibendi

PERSONNES RESSOURCES :

Maurizio Ferrara, psychologue à Infor-Drogues

Michaël Hogge, chargé de projets épidémiologiques à Eurotox

Modus Bibendi, collectif de plaidoyer pour la Réduction des Risques alcool

Présenté par **Matthieu Fieulaine**, « *picologue* » cofondateur du collectif

Anthropologue de formation, Matthieu Fieulaine travaille auprès des personnes usagères d'alcool depuis 2005. D'abord « bon soldat du projet abstinentiel » en établissements spécialisés, il développe à partir de 2008, au fur et à mesure des rencontres, d'autres approches inspirées par les pratiques de Réduction des Risques portées par des professionnel·les et des acteur·ices de l'auto-support dans le champ des drogues illécitales.

En 2015, il crée à Marseille le premier « accueil bistrotier », un espace dédié à la Réduction des Risques alcool. On y retrouve toutes les prestations d'un bistrot, la RdR alcool en plus : un espace de sécurisation, d'accueil et d'accompagnement. En 2017, il fonde avec Gilles Foucaud le collectif Modus Bibendi – collectif national français des acteurs et actrices de RdR alcool³². Celui-ci ne se donne pas pour mission de gérer des établissements médico-sociaux, mais bien de porter un plaidoyer pour de nouvelles pra-

tiques d'accompagnement, ainsi que de soutenir et défendre les personnes usagères d'alcool, pointées du doigt pour leur consommation.

Dans cette optique, le collectif estime qu'il est essentiel d'impliquer le grand public. Il faut militer pour l'acceptabilité sociale de certains usages avant d'espérer un changement au niveau des politiques. Ce plaidoyer se fait toujours avec une main droite et une main gauche : l'une pour convaincre l'opinion, l'autre pour contre-attaquer quand des abus sont constatés, comme suite aux interdictions totales de consommation d'alcool sur l'espace public. Enfin, une part importante du travail consiste à accompagner des établissements ou des professionnel·les à mettre en œuvre leurs propres pratiques de RdR alcool, dans les secteurs du social, du médico-social et du sanitaire.³³

La Réduction des Risques est contre-intuitive, c'est aller contre les évidences. – Béatrice Stambul³⁴, citée par Matthieu Fieulaine

³² Pour en savoir plus : <https://www.facebook.com/CollectifMoDusBibendi>

³³ Un guide pratique à destination des médecins généralistes vient d'être publié en collaboration avec Jean Lévy, lui aussi membre de Modus Bibendi et présent lors de l'atelier : <https://www.federationaddiction.fr/actualites/substances/alcool/modus-bibendi-publie-un-guide-pour-aider-les-generalistes-a-accompagner-les-consommations-dalcool/>

³⁴ « Figure éminente de la réduction des risques, Béatrice Stambul a consacré sa vie à la défense de cette politique de santé publique et au combat pour la citoyenneté des usagers de drogues. » – <https://www.federationaddiction.fr/actualites/la-federation-addiction-rend-hommage-a-beatrice-stambul/>

Dans le contexte actuel de consommation de substances psychoactives et de prise en charge des personnes utilisatrices de drogues (PUD), on souligne le statut bien particulier de l'alcool, de par son statut légal d'une part, et la prévalence de consommateur-ices d'autre part. En diminution constante depuis plus de cinquante ans, son usage s'inscrit désormais très majoritairement dans des pratiques de polyconsommation. Or, en alcoologie, la tendance est de traiter la PUD uniquement dans son rapport à l'alcool, tandis que jusqu'il y a peu en France, les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la Réduction Des Risques pour usagers de drogues) ne se mêlaient pas d'alcool, alors que leurs bénéficiaires « avaient en permanence une cannette greffée à la main ». Cette mise à distance de la question de l'alcool dans les dispositifs RdR, d'accueil ou festifs, peut s'appuyer sur des déclarations d'impuissance face à la défonce à l'alcool « alors même que les professionnelles

savent gérer une réassurance face à un bad trip » (Étienne Normand).

À la différenciation institutionnalisée entre alcool et « autres drogues » s'ajoute la distinction communément faite entre « bon » et « mauvais » usage de l'alcool. Ainsi, en France comme en Belgique, boire est un fait social total, et ne pas savoir boire vous disqualifie : « Je bois pour prouver mon intégration, mais si je perds la maîtrise je suis essentialisé à *mon problème* ». Ces représentations sociales de l'alcool, qui valorisent le mythe du « bien boire » et stigmatisent le « mal boire », ainsi qu'une offre de soins largement insuffisante en France, contribuent aux 20 à 30 ans de délai dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool, c'est-à-dire ce temps écoulé entre la manifestation du problème et la recherche d'aide ou de soins qui contribue grandement à la précarisation des personnes concernées.



Dans l'observation qu'on fait des consommations de drogues, il faut tenir compte de la manière dont ce regard social va définir les contours du problème. Les personnes dont on qualifie la consommation de problématique sont celles qui posent un problème à la société, plus qu'elles n'ont elles-mêmes un problème avec la substance. Ainsi, avoir un « problème d'alcool » peut signifier qu'il y a une dépendance mais peut, aussi, renvoyer à de l'absentéisme, des problèmes familiaux, conjugaux ou au problème que l'usage d'alcool pose aux proches et aux institutions. L'enjeu principal des personnes en difficulté avec l'alcool n'est donc pas de trouver de l'aide mais bien de garder le problème sous les radars. La stratégie de déni d'un usage problématique apparaît ici comme une stratégie d'évitement de la marginalisation et de ses souffrances.

Cette consommation et les problèmes qu'elle pose à la personne utilisatrice sont une porte d'entrée pour l'accompagnement en Réduction des Risques alcool : « Il s'agit d'écouter quels sont les risques et dommages tels que perçus par la personne, et non pas

seulement d'informer sur les risques de cirrhose ou les bons comportements de santé ». La consommation existe parce qu'elle a une fonction pour la personne et qu'elle lui apporte des bénéfices variant d'une personne à l'autre, du moment et du contexte : anxiolytique, antalgique, désinhibitrice, somnifère, etc. Les conséquences négatives sur la santé ne sont pas recherchées, elles peuvent être analysées mais ne constituent pas un levier de réflexion et d'action.

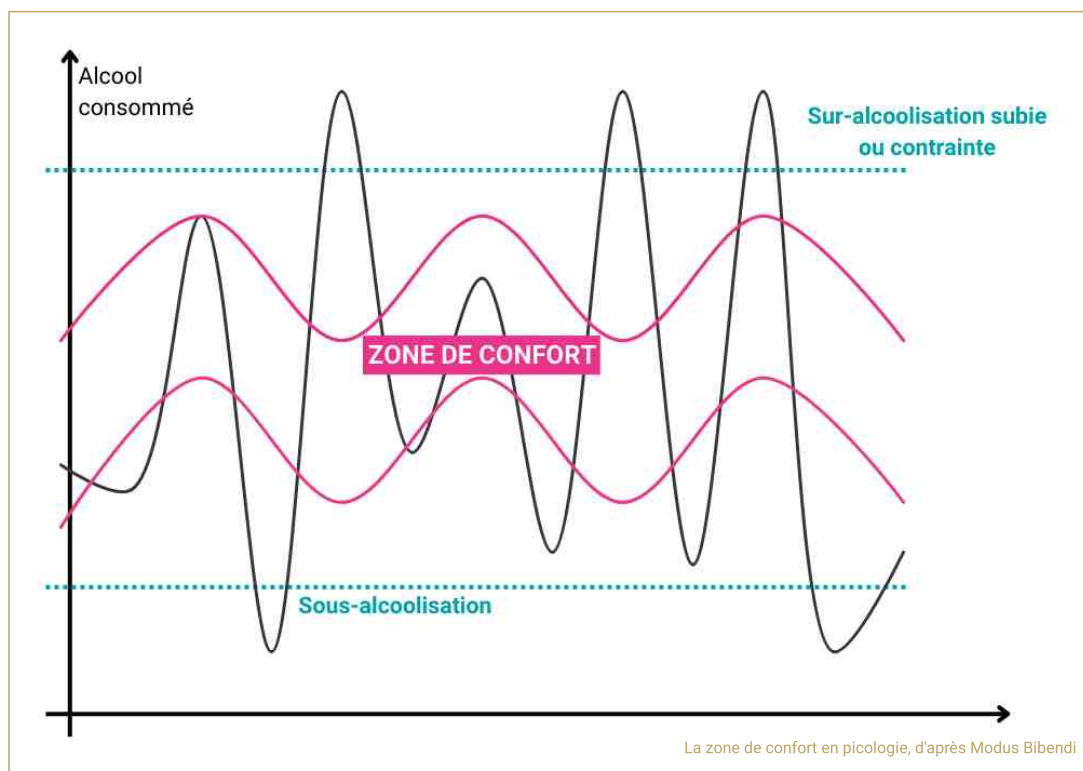
Aller vers une prise en charge qui intègre la singularité des PUD, sociologiquement et en matière de consommation, exige d'abandonner les outils d'évaluation des consommations standardisés, mais aussi de sortir du dogme de l'abstinence. Celui-ci veut que l'alcoolodépendance soit une maladie qui ne peut être traitée qu'au moyen de l'abstinence totale et définitive. Cette croyance expose les bénéficiaires de l'action sociale à de la maltraitance, ainsi qu'à la neurotoxicité des sevrages répétés. L'objectif abstinentiel et le prisme de la dépendance privent les individus de toute capacité à penser leur pratique, les laissant sans autre raisonnement que « je suis malade de l'alcool ».

Cet angle mort constitue une entrave au travail de réduction des risques qui nécessite de passer par un travail de définition, avec la personne usagère, de ses logiques de comportement. Cela permet de sécuriser la personne dans son usage, en situant sa zone de confort : le niveau d'alcoolémie auquel elle obtient l'effet désiré (voir ci-contre). Les usages d'alcool sont souvent compliqués par les interdits sociaux, qui génèrent des yoyos entre sur-alcoolisations et sous-alcoolisations :

Ces personnes rattrapent le retard ou prennent de l'avance en prévision des périodes où elles ne pourront pas boire, notamment dans les centres d'hébergement ou en famille. – Jean Lévy

Cette zone de confort, qui tient compte de subtilités comme la compensation progressive pour l'alcool éliminé ou le besoin de montées d'alcool régulières, est un bon outil de dialogue qui permet aux personnes de s'approprier leurs « manières de boire ». Il s'agit d'un outil essentiel de la « picologie », une discipline innovante définie comme suit :

Étude des manières de boire considérées comme des pratiques singulières à chaque personne propre à la RDR Alcool. La picologie sert à mettre à jour les logiques qui président à tout usage, posant que si cet usage existe, c'est qu'il apporte des bénéfices et/ou soulage des souffrances. L'analyse picologique d'une pratique est un outil diagnostique permettant l'élaboration d'une proposition de stratégie de réduction des risques (et dommages) avec la personne concernée et à partir de ses aspirations et contraintes. – Modus Bibendi³⁵⁾



³⁵⁾ Support de présentation de l'atelier



Le projet Intermezzo, dispositif d'hébergement pour personnes en grande précarité

Présenté par **Étienne Normand**, chef de service du Centre d'accueil et d'accompagnement à la Réduction Des Risques pour usagers de drogues – CAARUD Intermède et du dispositif Intermezzo pour l'Association Régionale Clémence Isaure à Toulouse³⁶).

³⁶) <https://www.clemence-isaure.org/la-reduction-des-risques-rdr/intermede-dispositif-de-reduction-des-risques>

Formé à la question de l'addictologie depuis une vingtaine d'années, Étienne Normand fait lui aussi le constat que la prise en charge des dépendances à l'alcool et la Réduction des Risques liés à l'usage des drogues sont deux champs qui coexistent sans se croiser. Sa rencontre avec Matthieu et son engagement dans Modus Bibendi lui ont permis de mieux accompagner la RdR alcool au sein du CAARUD et, à partir d'actions lors de la COVID-19, de mettre en œuvre un projet de structure d'hébergement accueillant des « grands marginaux » en sécurisant leurs consommations : Intermezzo.

Comment le CAARUD Intermède rencontra la RdR alcool

Lors de la crise de la COVID-19, le CAARUD de Toulouse fait face à de nombreuses personnes privées de ressources, notamment d'alcool. Les mesures de distanciation le rendaient plus difficile à se procurer et interdisaient sa consommation dans l'espace public, et la manche ne rapportait plus d'argent. Beaucoup de personnes consommatrices vivant en rue ou dans des centres d'hébergement ont donc vécu

des états de manque durant cette période. La Réduction des Risques alcool s'est alors imposée dans le panorama du CAARUD.

Sous confinement, il a fallu se mobiliser pour les droits des personnes en centres d'hébergement, privées de sortie : leur apporter leur traitement de substitution aux opiacés (TSO), de l'alcool, du tabac, et accompagner les équipes de ces centres qui ne savaient pas comment faire. Les recommandations travaillées en parallèle de ce mouvement sur le terrain, avec Modus Bibendi et en lien au niveau national, ont progressivement infusé au sein d'équipes jusque-là étrangères aux principes de la Réduction des Risques alcool : fournir l'alcool nécessaire au maintien dans la zone de confort, proposer une aide à la régularisation des consommations, associer l'alimentation, encourager l'hydratation ou encore travailler aux risques de chute encourus par les PUD dans des centres d'hébergement installés dans l'urgence.

L'équipe a, dans le même temps, porté en collaboration avec le SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) un dispositif de campings réquisitionnés et un campement

équipé de sanitaires, qu'il a également fallu approvisionner en alcool. Les campeur-euses ont reçu ce qu'ils voulaient et avaient l'habitude de boire – que ce soit du vin, telle ou telle marque de bière, du spiritueux – et pas ce qu'on avait envie de leur offrir. Il est en effet important d'intégrer, quand on regarde aux manières de boire en RdR alcool, le contenu et le contenant dont la personne a l'habitude, pour lesquels elle a des repères de consommation.

Le travail d'accompagnement et de formation avec Modus Bibendi ainsi que ces évolutions de pratiques qui se sont imposées du fait de l'urgence ont amené l'équipe du CAARUD à revoir son règlement intérieur, qui n'autorisait pas la consommation d'alcool sur le site. Trois règles accompagnent alors la nouvelle autorisation :

- Jusqu'ici mises au placard le temps de la visite, les boissons des personnes accueillies peuvent être mises au frigo ou au placard (pour ceux qui ne peuvent pas boire frais du fait de leurs douleurs dentaires), ou être consommées sur place mais en leur proposant alors un contenant de type gobelet afin de maintenir une frontière rue – CAARUD.
- Les gobelets en carton ont été remplacés par des Ecocup, pour moins de mousse et moins de déchets. Depuis, compte tenu de ces difficultés à transvaser sans excès de mousse, les personnes sont autorisées à boire leur canette sur place.
- Le partage d'alcool n'est pas autorisé sur le site.
- Les discours qui ont accompagné cette transition trahissaient de la méfiance vis-à-vis des personnes utilisatrices d'alcool : *ça va être open bar, ils vont se déresponsabiliser et on va devoir gérer des mecs bourrés ou machos, c'est compliqué*. La parole des usager-ères allait également dans ce sens : *on ne va quand même pas mettre l'alcool dans le CAARUD, ça va être le bordel*. Une fois les « vanes ouvertes » cependant, force a été de constater une forme d'autorégulation dans la consommation d'alcool sur le site, uniquement encadrée par les

règles préexistantes sur l'irrespect et les violences dans le centre.

L'autorisation de l'alcool dans le CAARUD a été un non-événement.

Étienne Normand

La création du dispositif *Intermezzo*

Forte des pratiques et recommandations de RdR alcool construites durant la pandémie de COVID, l'association Clémence Isaure – spécialisée en addictologie – répond conjointement avec l'Union Cépière Robert Monnier – association spécialisée dans l'hébergement et l'accompagnement social lié au logement – à un appel à projet national visant à développer de l'hébergement pour personnes en grande précarité. Le dispositif offre la possibilité de faire une « pause » décidée par les personnes elles-mêmes, qui s'y essaient pour la durée qu'elles estiment pouvoir tenir et qui sera réévaluée au cours du séjour. Il peut s'agir de quelques jours mais initialement cela ne peut dépasser 2 mois avant d'être réévaluée avec l'équipe et la personne. Cette pause s'effectue dans trois maisons partagées. Des associations d'usager-ères toulousaines et nationale^{s37)} ont été intégrées dans la construction du projet, apportant leur expérience et leurs réflexions sur la grande précarité, le rétablissement, le parcours de santé mentale et l'usage de drogues.

Ce projet s'inscrit dans un renversement de paradigme sur l'accompagnement social :

- Il s'agit d'outils mis à la disposition des personnes, ce n'est pas aux professionnelles de décider qui prendre en charge. Les professionnelles se positionnent comme des outils sollicitables, et ne prennent pas les personnes en charge dans un programme avec une intention de sortie de rue. Les individu-es remplissent elleux-mêmes un dossier de candidature simple auprès d'une équipe de première ligne avec qui iels ont un lien établi. Ce dossier, envoyé à une équipe dédiée, permettra une rencontre visant à préciser ce souhait de pause. Cette rencontre est préalable au passage du dossier en commission d'admissibilité, organe composé

³⁷⁾ ASUD, Conseil Régional des Personnes Accueillies (CRPA), Groupe Amitié Fraternité

des équipes orientées de première ligne, de l'équipe dédiée et des associations représentatives des usager·ères. La commission statue sur l'admissibilité en tenant compte des critères du projet et en veillant à ne pas accroître les vulnérabilités de la personne lors de son expérimentation de la pause.

- Le projet offre des pauses choisies, décidées en concertation avec la personne. La discussion à l'entrée va porter sur les risques qu'entraîne une pause de la rue, comme de perdre le coin de manche pour lequel on a bataillé ou de perdre ses potes de rue ; sur les manières de boire de la personne, etc. L'accueil peut être reconduit après la période définie, et il est possible de faire des allers-retours, de ressortir en rue pour revenir ensuite.

- Les personnes sont prises « là où elles en sont : avec leur consommation, avec leur compagnon chien, chat... parfois il y a plus d'animaux que d'habitant·es sur les maisons. Voire aussi avec leur habitat léger ou alternatif, le temps qu'elles puissent le réparer (camion aménagé, voiture, etc.) ». Au sein des maisons, on pourra aussi faire appel à leurs connaissances pour les petits boulots, ramenant leur écosystème à l'intérieur.

- Les lieux d'accueil sont trois maisons captées et mises à disposition par la Ville de Toulouse qui s'est engagée au projet, dont une au centre-ville et deux en proche banlieue (avec du terrain, ce qui fait un peu « campagne »). Les principes fondamentaux de cette démarche ont été le respect de la vie privée des habitant·es et leur responsabilité. Toutes

les chambres sont donc fermables à clé, avec la possibilité d'y installer un coffre-fort et un frigo. Il s'agit d'espaces privés, dans lequel les habitant·es ont donc le droit de consommer et où les travailleur·euses ne rentrent jamais sans elleux.

Les membres du personnel ne sont pas non plus présent·es sur place au quotidien, mais viennent ponctuellement et sur demande pour des accompagnements, un barbecue, un trajet, faire un réassort alcool, partager un moment de convivialité, faire un entretien, écouter... Des personnes d'astreinte peuvent être contactées pour différentes raisons dont le manque d'alcool ou de tabac, qu'elles peuvent apporter sur place. Les personnes sont elles-mêmes responsables de l'appel à l'astreinte. Sur une année, pour 45 personnes prises en charge, il y a eu 76 appels et 23 déplacements pour des raisons de violence, de manque alcool ou d'accompagnement vers une hospitalisation.

L'approvisionnement en alcool pour un·e habitant·e ne consiste pas à lui « payer sa cuite », il s'agit de créer un espace de sécurité et de bien-être, les symptômes du manque d'alcool pouvant avoir de graves conséquences, jusqu'à provoquer un décès. L'approvisionnement n'est pas rationné au jour le jour, mais se base sur les besoins journaliers exprimés par la personne et additionnés pour quelque temps. D'un point de vue comptable, il n'y a pas d'interdiction à fournir des produits licites tels que l'alcool et le tabac aux bénéficiaires, tant qu'ils sont adultes. Sur une année, pour 45 personnes prises en charge³⁸⁾, 384 canettes ont été portées sur les frais d'alimentation du projet, au même titre que du café ou des biscuits.

Le type d'accueil et d'accompagnement mis en place avec Intermezzo, plaçant la personne au centre de l'action et en répondant à ses besoins primaires notamment en matière de sommeil, lui permet d'autoréguler ses consommations autour de sa zone de confort. Renouer avec ses compétences et trouver une continuité dans son quotidien participe aussi des discussions complémentaires sur la polyconsommation.



Maison des Carmes, projet Intermezzo, Toulouse

³⁸⁾ Il s'agit du nombre de personnes accueillies simultanément dans les deux premières maisons, la troisième maison n'étant pas encore comptabilisée pour l'année 2023. La file active du dispositif est de 60 personnes, car certaines pauses sont plus courtes.

Conclusion

Ces deux projets de Réduction des Risques alcool et toutes les réflexions qui les sous-tendent nous offrent quelques jalons, relevés par Maurizio Ferrara en fin d'atelier :

- ➔ Il faut agir sur le contexte, qui est la variable la plus importante.
- ➔ Il existe une asymétrie entre la culture de l'alcool et la Réduction des Risques.
- ➔ Les efforts d'abstinence peuvent être nuisibles à la santé.
- ➔ La prohibition empêche de développer une culture sur les produits qui sont consommés.
- ➔ La dépendance de la Réduction des Risques vis-à-vis des pouvoirs publics la rend craintive à l'innovation.

Pour Michaël Hogge (Eurotox), il est important que la RdR alcool et l'approche abstinentielle de l'addictologie puissent coexister dans l'offre d'aide et de soins, sans chercher à se discréditer l'une l'autre. Ces deux perspectives répondent chacune à des besoins distincts que peuvent exprimer les usager·ères selon leur situation, leur parcours et leurs aspirations.

Cet article est basé sur les échanges tenus au sein de l'atelier 3 « Nouvelles pratiques professionnelles et nouveaux usages » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation : Bérénice Libois et Rafael Moreno-Vacca (Modus Vivendi)

Synthèse : Anna Planas Balart (Smes) et Rafael Moreno-Vacca (Modus Vivendi)

Merci aux participant·es pour leur attention, leurs remarques et leurs questions.



Usager·ères de drogue âgé·es : faire face au « boom »

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 4 DU MÊME NOM, RÉDIGÉ PAR CÉCILE BÉDUWÉ

« La proportion de personnes âgées au sein de la population des usager·ères de drogues augmente en Europe »³⁹⁾. En Belgique, le vieillissement de la population en traitement pour une consommation problématique de drogues, notamment illégales, est également en hausse depuis les années 2000. Cette réalité soulève des « inquiétudes quant à la capacité des services spécialisés et non spécialisés à prendre en charge et à gérer un nombre croissant d'usager·ères âgé·es, leurs besoins de santé et leurs problématiques parfois complexes »⁴⁰⁾. Actuellement, il existe peu d'interventions ciblant les besoins spécifiques des personnes âgées qui consomment.⁴¹⁾

Quelle est la situation actuelle sur le terrain ? Quelles adaptations des programmes de Réduction des Risques, tenant compte de leurs besoins spécifiques, doivent être envisagées ? Comment les services (de traitement, soins de santé, de

santé mentale, sociaux, de soins et d'accompagnements à domicile, maisons de repos, logements, etc.) peuvent-ils s'articuler pour répondre de manière adaptée à la complexité de cette problématique ?

INTERVENANT·ES :

Yves Jabé, psychologue à La Pièce⁴²⁾

Valérie Paternotte, attachée principale à la COCOF⁴³⁾ en charge des secteurs de l'aide aux toxicomanes et des soins palliatifs

Amandine Kodeck, directrice d'Infor-Homes Bruxelles⁴⁴⁾

Eric Husson, directeur des Projets au Lama asbl⁴⁵⁾

⁴²⁾ L'asbl l'Equipe comprend deux communautés thérapeutiques, dont La Pièce. Cette communauté accueille depuis 1990 pour une durée limitée des personnes avec des difficultés psychologiques importantes et une (ex-) consommation de produits psychotropes – <https://equipe.be/services-et-lieux/la-piece>, consulté le 18/12/23.

⁴³⁾ Valérie Paternotte a également été durant plus de 10 ans responsable du secteur des centres de coordination de soins et services à domicile et référente « personnes âgées » du service de la santé pour la Commission communautaire française (COCOF).

⁴⁴⁾ L'asbl a pour objectif de promouvoir la qualité de vie de l'adulte âgé et ce, quel que soit son lieu de vie : conseils personnalisés et accompagnement dans l'adaptation ou la recherche d'un lieu de vie, dispositif régional de prévention de la maltraitance « Écoute Seniors » et rôle d'observatoire des réalités de vie et d'accompagnement des personnes âgées à Bruxelles – www.inforhomesasbl.be, consulté le 18/12/23.

⁴⁵⁾ Association « bas seuil » active dans l'accompagnement thérapeutique des usager·ères de drogues en milieu urbain, www.projetlama.be, consulté le 18/12/23.

³⁹⁾ Eurotox, Papy et mamy « boom » chez les usager·es de drogues, 2022.

⁴⁰⁾ Ibidem.

⁴¹⁾ EMCDDA, Older people and drugs : health and social responses, juillet 2023.

Retour sur l'expérience de La Pièce auprès d'usager·ères « vieillissant·es » présentant un double diagnostic

Yves Jabé, psychologue à La Pièce

La communauté thérapeutique « La Pièce » est née parce que des personnes usagères de drogues se faisaient refouler ou refuser l'hébergement dans des structures psychiatriques. Et inversement, des personnes présentant des pathologies ou des difficultés psychiatriques se faisaient refuser dans les institutions pour personnes usagères de drogues. La consommation est officiellement interdite au sein de la communauté, mais les chambres ne sont pas systématiquement fouillées. Les pro-

fessionnel·les sont ainsi amené·es à gérer une « marge compliquée entre les espaces privés – où il semblerait parfois que les pensionnaires consomment – et la scène publique – cour, salle des repas... – où iels essayent d'intervenir sur les conséquences de cette consommation ».

Chaque usage, chaque vieillissement est spécifique

Pour Yves Jabé, il est plus approprié de parler de vieillissements et de toxicomanies au pluriel, chaque usage de drogue et chaque vieillissement étant spécifiques, le produit joue une fonction différente pour chaque personne. Il prend l'exemple de trois patient·es (deux hommes, une femme). Leurs points communs : iels ont entre 55 et 60 ans, ont commencé à consommer à l'adolescence, ont fait plusieurs séjours à La Pièce et ont donc connu un accompagnement de longue durée. Iels ont fait plusieurs overdoses. Chacun·e de ces usager·ères a pourtant ses propres spécificités.

Le premier, consommateur d'héroïne par injection, lors de son 4^e séjour, est surpris alors qu'il s'injecte en pleine journée, à la fenêtre de sa chambre qui donne sur la cour centrale et sur les fenêtres des bureaux en face. Il a déjà vécu la même situation au sein d'un appartement supervisé dont il a été exclu. Après une réunion d'équipe, il est décidé de ne plus faire de compromis. Compte tenu du caractère de « mise en scène » que recouvre son comportement, son séjour est interrompu. Le patient a accueilli la décision avec beaucoup de calme : « Je me suis découvert, ça suffit qu'on fasse semblant, ça suffit qu'on fasse comme si ça n'existait pas ». La question qui émerge ici est : Comment gérer la donne lorsque l'on soupçonne parfois la présence d'une consommation dans l'institution ?

Deuxième situation : après 2 ans de crise liée à la COVID-19, la patiente âgée de 55 ans a enfin un chez-elle dans un appartement supervisé. Malheureusement, elle s'est sentie persécutée par les personnes avec qui elle devait cohabiter. Se pose ici la question de l'accès au logement qui n'est pas si simple. « Tout un travail est nécessaire sur le lien entre la consommation et ses consé-

quences sur le logement, sans jugement, mais en faisant payer les factures qui en découlent ».

Troisième patient : après 10 années à La Pièce, cet usager décide de « trouver le bon traitement », de « prendre sa retraite de carrière de personne consommatrice », de rompre avec la solitude. Cela s'est concrétisé pour lui par un compromis : occuper un logement dans la maison familiale, tout en effectuant des boulots de bénévole à différents endroits, notamment au Gate⁴⁶⁾ ou encore à La Pièce pour la préparation des repas.

En conclusion, la question de la précarité sociale et économique de ces usager·ères est particulièrement complexe. Liée à celle de l'accompagnement à la gestion de l'argent, au coût de la consommation, elle repose sur un paradoxe compliqué à gérer pour ces personnes : d'un côté, le besoin du produit, qui fait partie de leur identité à la fois physiologique, psychique et sociale et de l'autre, l'arrêt du produit « qui fait trop partie de soi pour s'en séparer, avec des dommages collatéraux et des risques en cas de séparation brutale et imposée du produit », termine Yves Jabé.



⁴⁶⁾ Salle de consommation à moindre risque (SCMR) à Bruxelles.

L'accompagnement du public des personnes âgées par la Commission communautaire française

Valérie Paternotte, attachée principale à la COCOF en charge des secteurs de l'aide aux toxicomanes et des soins palliatifs

Valérie Paternotte introduit son intervention en partant d'une comparaison qu'elle a réalisée entre différentes parties du monde concernant le vieillissement des usager·ères de drogues. Alors qu'en Europe peu d'informations sont disponibles sur la question, la situation se révèle différente aux États-Unis et en Australie qui disposent de concepts assez avancés en la matière. Le modèle australien, par exemple, distingue trois catégories d'usager·ères âgées : les usager·ères vieillissant·es appelé·es les « survivant·es » ; les « baby-boomer·euses » qui sont d'ancien·nes usager·ères qui reprennent la consommation ; et les « nouveaux·elles usager·ères » qui, en vieillissant, commencent à consommer.

Selon Valérie Paternotte, notre société a tendance à pousser les personnes âgées à être aussi productives que celles toujours dans la vie active. Un positionnement très stigmatisant pour les personnes âgées diminuées qui ne peuvent plus s'inscrire dans cette productivité. Elles se retrouvent dès lors dans le groupe des « mis·es à l'écart ». La crise de la COVID-19 a davantage creusé l'écart entre les catégories.

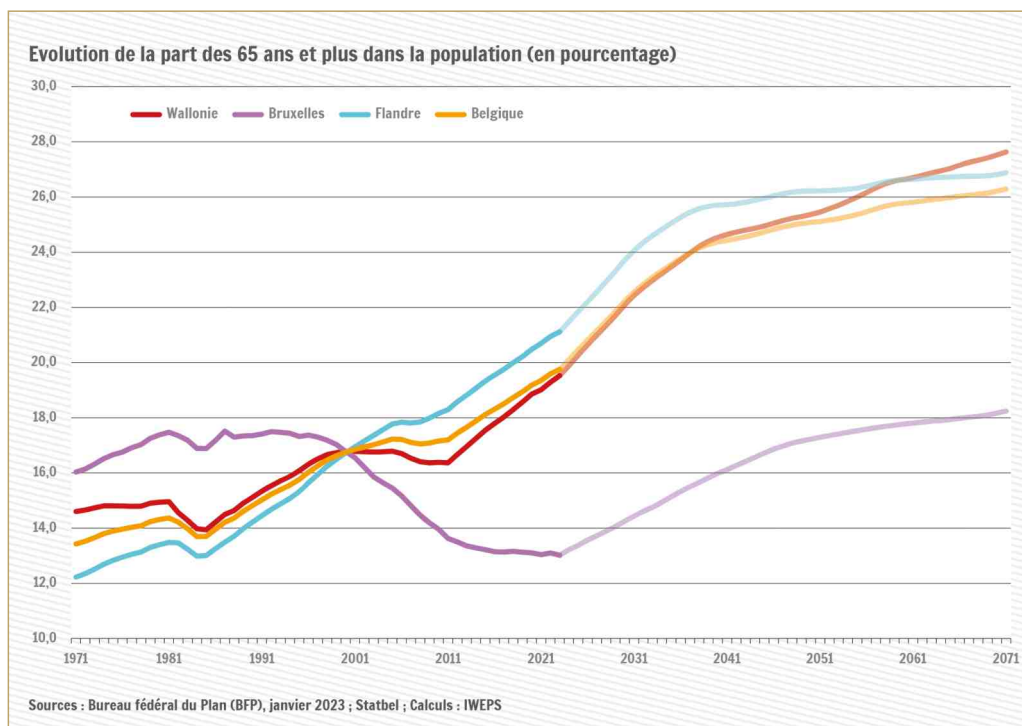
Bruxelles compte un peu plus de 10 % de personnes de 65 ans et plus contre environ 20 % en Wallonie.⁴⁷⁾ La tendance à la hausse devrait se confirmer dans les années à venir.

Une coordination des interventions à domicile à Bruxelles

Il y a une vingtaine d'années, la Commission communautaire française (COCOF) a mis sur pied des Centres de coordination de soins et de services à domicile⁴⁸⁾ qui deviendront, dès 2024, les Services de coordination de soins et d'aide à domicile. Ces centres organisent actuellement toutes les interventions des différentes professions et services : aide à la vie journalière, soins infirmiers, repas, accompagnement social, kinésithérapie, prêt de matériel, logopédie, ergothérapie, etc.

Les soins et services à domicile coordonnés varient fortement parce qu'ils s'adaptent aux besoins et à la situation de chaque usager·ère. Après avoir informé et accueilli la demande, les coordinateurs ouvrent un dossier de coordination, consultent le médecin traitant si besoin, constituent, avec le bénéficiaire, un plan de soutien qui prévoit tous les services nécessaires et organise la venue des prestataires à domicile.⁴⁹⁾

Ces centres reçoivent de 30 000 à 40 000 demandes par an. Valérie Paternotte souligne que la majeure partie des personnes âgées vit à domicile et non pas en maison de repos. Dans le nouveau décret qui organisera ces Services de



⁴⁷⁾ IWEPS, "Population des 65 ans et +" (Fiche D009-POP.65+ – dernières données régionales disponibles au 01/12/2023)

⁴⁸⁾ Décret du 30/04/2009 relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions, https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-30-avril-2009_n2009202584.html

⁴⁹⁾ <https://ccf.brussels/nos-services/bien-être-et-santé/accueil-aide-et-soins/centre-de-coordination-de-soins-a-domicile/>

coordination dès 2024, l'administration de la COCOF a proposé de donner une place à la participation de la personne, afin d'évaluer avec elle ce qui devra être mis en place pour répondre à ses besoins. L'utilisateur serait partie prenante du plan de soutien pour renforcer son autonomie. Les professionnels se rendent au domicile de la personne suivie. Le travail au sein du milieu de vie des personnes concernées, ainsi que l'autonomie et la participation des publics-cibles, constituent des enjeux de taille pour l'accompagnement des personnes âgées, qui rejoignent les concepts de la Réduction des Risques, estime Valérie Paternotte.

Diversification du public des personnes vieillissantes

La démarche d'évaluation qualitative que les services agréés en COCOF doivent mener a été consacrée, il y a quelques années, à l'analyse des publics des 5 centres de coordination. Elle a démontré une diversification des bénéficiaires au cours des 30 dernières années. Deux tendances se dessinent. D'une part, un public « ultra-vieillissant » avec une augmentation importante de la tranche des plus de 80 ans, au détriment des 65 à 80 ans, ce qui implique un besoin accru de prestation des services à domicile. D'autre part, une diversification avec l'apparition de « sous-publics-cibles », tels que des personnes présentant des dépendances, des personnes sans chez-soi, isolées avec enfant(s), précarisées, etc.

Le décret qui organise les services vise à permettre à la personne de vivre sa maladie, son handicap ou son vieillissement à domicile. Ceci offre une approche plus souple dans les réponses apportées au public en termes d'accompagnement. Jusqu'à présent, en dessous d'un certain âge, il fallait réaliser une série de démarches pour intégrer une maison de repos même en cas de pathologie exigeant une mise en institution. À partir de 2024, cela ne sera plus nécessaire. Valérie Paternotte explique qu'une réflexion est amorcée sur le vieillissement et sur le moment à partir duquel des besoins en accompagnement apparaissent. La discussion est ouverte dans un bon nombre de services,



même si leurs modes et moyens de fonctionnement ne sont pas identiques et que certains peuvent faire preuve de plus de souplesse.

Après la COVID-19, un nouveau réseau de santé ambulatoire agréé par la COCOF est créé.⁵⁰⁾ Aujourd'hui renommé le Renfort et porté par le centre médical Enaden⁵¹⁾ actif en toxicomanie, il coordonne et organise un travail de collaboration, de liaison entre une structure spécialisée en assuétudes et toute une série d'autres services. Cette approche en réseau permet également de soutenir les centres d'aide à domicile dont le personnel se trouvait démuné, face à des personnes usagères d'alcool notamment. Le réseau en est encore à ses débuts et se renforce progressivement grâce entre autres à l'intégration de nouveaux partenaires. L'intervenante souligne qu'il n'existe cependant rien de spécifique en matière de soutien des personnes consommatrices âgées, qu'il s'agisse de produits licites ou illicites. Dans ce contexte, une approche « tout produit » favorisant le non-jugement de la consommation, y compris pour les plus âgées, serait des plus pertinentes.

⁵⁰⁾ Arrêté COCOF 2021/129

⁵¹⁾ <https://enaden.be/fr/les-unites-a-votre-service/le-renfort>

Retour sur l'expérience et le ressenti d'Infor-Homes en tant qu'observatoire des réalités de vie et d'accompagnement des aîné-es

Amandine Kodeck, directrice d'Infor-Homes Bruxelles

Actrice de seconde ligne, moins directement en contact avec son public-cible final, l'asbl Infor-Homes Bruxelles a pour objectif de promouvoir la qualité de vie de l'adulte âgé-e. L'association fournit de l'information à toute personne qui en fait la demande quand la vie à domicile pose question, pour envisager un changement de lieu de vie et réfléchir à comment la vie au sein du domicile familial peut être maintenue, etc. Ces questions émanent le plus souvent d'aidant-es proches ou de professionnel·les, mais également des personnes directement concernées. L'offre et le paysage institutionnels semblent peu lisibles pour le public, y compris pour les professionnel·les compte tenu notamment des différentes administrations compétentes en la matière à Bruxelles, témoigne Amandine Kodeck. Le rôle d'observatoire endossé par l'asbl vise donc avant tout à mieux comprendre et connaître ce que le paysage bruxellois offre, notamment en allant visiter les différentes institutions pour mieux en comprendre les projets.

Infor-Homes gère « Écoute Seniors », le dispositif de prévention de la maltraitance, qui consiste en une ligne d'écoute téléphonique accessible trois demi-journées par semaine que peut contacter toute personne qui s'estime confrontée à une situation mettant à mal la dignité d'une personne dite âgée : la personne âgée elle-même, son aidant·e, les professionnel·les qui gravitent autour. L'atteinte à la dignité recouvre des situations très diverses mais la plus récurrente est la dépossession de l'autonomie décisionnelle. D'une part, les coûts des maisons de repos et de soins peuvent constituer une entrave au réel choix des personnes âgées pour leur nouveau lieu de vie. Mais cette dépossession peut prendre d'autres formes, que ce soit en institution ou à domicile. Par exemple, des aidant-es proches qui décident ce qu'ils pensent être bon ou pas pour leur parent·e, qui décident qu'il est temps pour iel de changer de milieu de vie. « Le cadre institutionnel ou le recours à des

professionnel·es à domicile va rythmer les journées, le menu des repas, etc. sans que le·a bénéficiaire n'ait son mot à dire », précise la directrice d'Infor-Homes. Une mise sous protection de biens et de la personne va également énormément déposséder la personne de ses capacités décisionnelles quel que soit son lieu de vie. Enfin, que ce soit à travers les contacts avec le terrain, avec des professionnel·les ou grâce à cette ligne d'écoute, il semble que le sentiment d'isolement est également de plus en plus évoqué par les personnes avançant en âge.

Un secteur face à de nombreuses difficultés et défis

Dans un contexte où le nombre de résident·es en maison de repos a augmenté depuis la crise de la COVID-19, et où la crise des métiers et des vocations se fait ressentir dans le secteur avec des postes difficiles à pourvoir, les défis sont nombreux à relever. Les professionnel·les sont de plus en plus confronté·es à une grande hétérogénéité des profils des personnes hébergées, ce qui en soi est positif, mais qui peut se révéler problématique pour des services qui ne sont ni équipés ni formés pour pouvoir accompagner cette fragilité multiple.

Autre aspect complexe à gérer par les structures d'hébergement : des personnes présentant des situations très variées sont amenées à cohabiter sans moyens ni cadre institutionnel adaptés leur permettant de s'épanouir. Infor-Homes Bruxelles souligne également que les questions de santé mentale se posent de plus en plus et prennent des formes multiples. Davantage de personnes sont issues du secteur psychiatrique notamment par manque de places dans les institutions spécialisées, mais également parce que peu est prévu pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles mentaux, qui sont plus nombreuses compte tenu de l'amélioration de l'espérance de vie. De même, un nombre croissant de personnes sans-abri intègre les maisons de repos.

Comment peut-on se retrouver dans une résidence à 55, 60 ans, avec des addictions, et partager le même étage que des personnes qui ont une génération de plus et qui souffrent peut-être d'une maladie de type Alzheimer ?

Éric Husson, directeur des Projets au Lama asbl, reviendra sur ce sujet plus tard dans les échanges : « Des maisons de repos se spécialisent dans l'accompagnement de personnes avec des grosses fragilités psychiques et parfois des addictions, des unités de vie de personnes avançant en âge, avec le syndrome de Korsakoff⁵²⁾... ; ces structures devraient pouvoir disposer de moyens pour penser cet accompagnement, avec des normes d'encadrement qui correspondent davantage aux besoins de ce public : plus de psychologues, d'éducateur·ices, peut-être moins d'infirmier·ères, etc. »

Une formation, un encadrement et des moyens inadaptés

Dans le secteur de l'accompagnement des aîné·es, c'est souvent la vision de la limitation maximale des risques qui prévaut et cela ne se limite pas au risque de chutes. Dans certaines maisons de repos, l'alcool est interdit que ce soit à la cafeteria ou dans les chambres. Fumer dans les chambres n'est pas autorisé non plus, quant à l'injection de substance, n'en parlons pas. En ce qui concerne les médicaments, seul le personnel est habilité à les gérer. À l'heure actuelle, de plus en plus de maisons de repos tentent d'être des lieux de vie avant d'être des lieux de soins. Le droit au risque reste cependant une notion d'éthique qui mérite d'être questionnée plus en profondeur au sein des institutions et certainement au regard des accompagnements des personnes souffrant d'addiction.

La directrice d'Infor-Homes précise que les professionnel·les de la santé en général sont avant tout formé·es à « soigner, réparer, guérir et sauver avec une réalité de terrain qui est tout autre ». Iels ne sont pas toujours en phase avec ces questions de consommation et sont encore peu outillé·es pour y faire face. Il s'agit d'une vision très médico-centrée alors que le vieillissement n'est pas une maladie. « En travaillant au sein du secteur de l'accompagnement des aîné·es, et certainement en maisons de repos et de soins, il y a un certain deuil du mythe du/de la soignant·e à effectuer. Cela ne signifie pas que le travail pour un·e soignant·e

n'a pas de sens, mais il est important de rechercher ce sens nouveau et de le cultiver ».

Quelle place pour l'autonomie et le libre arbitre des usager·ères ?

Comment en tant que consommateur·ices occuper une place citoyenne, faire des choix et vivre pleinement en collectivité dans des espaces où cohabitent 100 à 150 personnes aux profils très variés, dans des services aux modes de fonctionnement très différents ? Infor-Homes Bruxelles rapporte le vécu de nombreuses personnes âgées qui se sentent dépossédées de la liberté de choisir un mode de vie, y compris des prises de risque, en un lieu de vie décidé pour elles. Et ce sentiment est également partagé par des personnes qui ne sont pas nécessairement consommatrices de psychotropes. Il serait intéressant de réfléchir à la place qui est laissée aux choix de chacun·e en matière de prise de risque en institution mais également à domicile. Pour réfléchir à ces questions, il est indispensable de « sensibiliser, former, ouvrir et certainement décloisonner des secteurs qui fonctionnent beaucoup trop en silo », conclut la directrice.



⁵²⁾ « Le syndrome de Korsakoff est une pathologie liée à une carence en vitamine B1 touchant principalement les personnes alcooliques chroniques et parfois les personnes souffrant d'une malnutrition sévère. Il se caractérise par des troubles cognitifs, notamment une perte de mémoire à court terme ainsi qu'une désorientation spatio-temporelle », <https://www.concilio.com/neurologie-syndrome-de-korsakov>

La Réduction des Risques de 7 à 77 ans ?

Eric Husson, directeur des projets au Lama asbl

Le Projet Lama est une structure ambulatoire qui accompagne des usager·ères de drogue à Bruxelles depuis 1982. À l'époque, le public qui y suivait un traitement de substitution aux opiacés (TSO) était âgé d'une vingtaine d'années. Aujourd'hui, une partie se rend toujours dans l'institution une fois tous les quinze jours. Pour ces usager·ères, « un accompagnement dans la durée s'est installé. Il y a une temporalité, une chronicité dans le parcours », souligne le directeur des projets au Lama. On peut parler de « RdR de 7 à 77 ans, qui accompagne toutes les étapes de la vie finalement ».

Eric Husson a identifié un certain nombre de similitudes entre les champs du vieillissement et celui des addictions :

- La notion de dépendance : lorsqu'on vieillit, on devient tous·tes dépendant·es.
- La question de l'autonomie du choix : peut-on décider pour soi ? Cela résonne avec les valeurs du pouvoir d'agir qui se retrouvent dans la Réduction des Risques comme étant la pierre angulaire de la place des usager·ères dans la construction des programmes.⁵³⁾
- Les inégalités sociales en santé : la notion de gradient social de la santé : plus on est pauvre plus on est en mauvaise santé et/ou plus on meurt vite.⁵⁴⁾

Une inégalité d'accès aux structures d'hébergement

Un vent néo-libéral souffle sur l'Europe depuis les années 2000. Il façonne également les étapes de la vie. « Lorsque l'on vieillit, il faut rester productif, engranger des rémunérations, participer au marché, participer socialement, être indépendant·e, en sécurité, connecté·e et en bonne santé. C'est le paradigme du vieillissement actif⁵⁵⁾, avant tout possible pour les personnes âgées qui ont les moyens de se l'offrir », regrette Eric Husson.



Il faut rappeler que le secteur des personnes âgées est aussi percuté de plein fouet par la marchandisation du social et de la santé. On a laissé filer en Europe la gestion de la vieillesse aux mains du marché privé. Une chambre dans certains groupes privés peut coûter facilement 2 000 euros par mois. Il y a des inégalités d'accès.

Au niveau financier, un participant relève que 2 000 euros par mois est la moyenne, même plutôt inférieure, d'une inscription en maison de repos et que si l'hébergement de personnes âgées à Bruxelles n'est pas saturé, c'est parce qu'il n'est pas accessible financièrement. Même pour un accueil en institution du secteur public, il faut compter, si l'on ne bénéficie pas d'un revenu du CPAS, 80 euros la nuit. Par ailleurs, il existe des pratiques commerciales prévoyant des promotions en tous genres, comme en période de Noël par exemple. Celles-ci vont rendre l'hébergement accessible à certaines per-

⁵³⁾ Lire à ce sujet la Charte de la Réduction des Risques, disponible sur <https://modusvivendi-be.org/notre-vision/> (janvier 2024).

⁵⁴⁾ Sur cette notion voir BLACK D, MORRIS JN, SMITH C, TOWNSEND P, "The Black report", Londres : Pelican, 1982, np. cité par SEN A. "Why health equity". Health economics 2002 ; 11 : 659-66 [En anglais]. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hec.762>

⁵⁵⁾ GUILLEMARD A-M., op. cit., pages 17 à 38.

sonnes mais souvent pour un temps limité, avec tout ce que cela va générer une fois la promotion terminée. Au niveau des soins à domicile l'accessibilité financière semble moins constituer un frein, mais on déplore une saturation des services.

Dans les structures d'accueil à bas seuil⁵⁶⁾, les bénéficiaires sont des personnes précarisées, à risques, percevant une pension ou des allocations de chômage peu élevées, disposant d'un budget très faible et qui par conséquent n'auront qu'un accès limité à des services de qualité. « Le secteur des maisons de repos, public ou privé, est-il accessible à certains types de publics qui ont moins de moyens ? Est-il perméable à un public qui consomme des substances ? », questionne Eric Husson.

Un accompagnement dans toutes les étapes de la vie

La Réduction des Risques a sauvé énormément de personnes dans les années 80. Il faut sans cesse le rappeler. Si ces usager·ères sont toujours en vie aujourd'hui, c'est notamment grâce à la mise en place de programmes d'échange de seringues, de traitements de substitution et de services d'accompagnement. En vieillissant avec son public, le secteur se doit désormais de le suivre dans d'autres étapes de la vie. Comment accompagner ces services dans ce travail ? Quelles formations organiser et dispenser ? Comment coordonner les interventions auprès de ces publics ? Cette réflexion doit être portée de manière commune par les différent·es professionnel·les, surtout en ce qui concerne les consommateur·ices d'héroïne qui sont le public vieillissant rencontré aujourd'hui à Bruxelles – dont une partie est déjà en maison de repos. S'il faut réduire les risques de la consommation, ceux liés à l'isolement, à la précarité et à la solitude ne sont pas à négliger non plus. Eric Husson cite l'exemple des programmes Housing First qui « ont été confrontés à Bruxelles aux

décès prématurés de personnes qui rentraient dans ces structures.⁵⁷⁾ Une fois sorties de la rue où elles ont développé une logique de survie, elles se retrouvent seules du jour au lendemain dans un autre environnement, [...] ce qui les propulse parfois vers un abandon, une espèce de retombée de tout ce qui était pulsion de vie ou de survie ». Face à ce constat, le programme ISSUE a été pensé pour renforcer le lien social, la connexion à un réseau ainsi que l'occupationnel afin de rendre vivant le séjour en « Housing First » et surtout pour tenter de rompre l'isolement⁵⁸⁾.

Surconsommation et surmédicalisation

Eurotox, l'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles, a relevé que les taux de prévalence de l'alcoolodépendance rapportés par les personnes âgées varient de 2 à 10 % au sein de la population générale, et de 20 à 25 % en institution⁵⁹⁾. Ces chiffres illustrent-ils que les maisons de repos sont des lieux festifs de fin de vie ? Ou pointent-ils une toute autre situation où l'alcool vise à surmonter l'isolement, comme une forme d'automédication pour réduire l'angoisse ?

« Le champ de la vieillesse est un formidable marché pour les firmes pharmaceutiques : les bons médicaments, les bons traitements. Toute la famille des benzodiazépines a été notamment mobilisée pour traiter l'anxiété de certaines personnes âgées. Le flunitrazépam⁶⁰⁾ ou encore le valium⁶¹⁾ sont des médications prescrites aux personnes âgées et qui ont également été consommées par des personnes en situation de précarité en rue. » Dans un contexte où la vieillesse est propice à la surmédicalisation, les médecins et les gériatres devraient selon Eric Husson être sensibilisé·es à la prévention et à la Réduction des Risques, pour notamment « faire face aux effets secondaires des consommations de traitements psychiatriques ou des somnifères. »⁶²⁾

⁵⁶⁾ « Le concept de bas seuil renvoie à la notion anglo-saxonne step by step (marche après marche) qui propose un accueil des usagers qui ne fait pas de l'élaboration d'un projet cohérent une condition préalable, mais une possibilité ouverte. » – TREMINTIN J., « L'accueil de bas seuil en protection de l'enfance », in Le Lien social, n°1141, 15/05/2014, <https://tremintin.com/joomla/articles/78-articles-de-2011-a-2015/338-bas-seuil-protection-de-lenfance>, consulté le 16/01/2023

⁵⁷⁾ <https://smes.be/fr/la-mort-dun-locataire-dans-un-projet-housing-first/>

⁵⁸⁾ <https://www.diogenes.brussels/fr/pages/108-le-projet-issue>, consulté le 18/01/2024.

⁵⁹⁾ EUROTOX asbl, ALCOOL Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques, 2020, chapitre 4.10, p. 145.

⁶⁰⁾ Médicament de la famille des benzodiazépines commercialisé sous le nom de Rohypnol

⁶¹⁾ Médicament de la famille des benzodiazépines

⁶²⁾ <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-1-page-91.html>

Des approches émancipatrices

La question du vieillissement et de sa prise en charge dans la société n'est pas une notion figée. Il est actuellement question d'une gérontologie sociale et émancipatoire : l'accompagnement de la vieillesse et du vieillissement sous l'angle de l'émancipation, du social et de la participation. Cette approche peut prendre diverses formes pour « vieillir autrement », qui pour Eric Husson méritent d'être soutenues : coopératives d'habitant·es, groupes d'action de personnes âgées qui se structurent, qui travaillent ensemble... Par ailleurs, les valeurs et les principes d'intervention de la Charte de la Réduction des Risques⁶³ seraient également pertinents pour des consommateur·ices âgé·es ou pour le secteur du vieillissement : reconnaître l'usager·ère de drogues comme un·e citoyen·ne à part entière s'apparente à reconnaître la personne comme ayant le droit, dans ses dernières années de vie, de choisir et de décider pour elle-même.

Toujours dans la lignée de la Réduction des Risques, il est possible de travailler l'aspect intergénérationnel dans l'accompagnement du grand âge : comment, dans une logique de RdR, les « ancien·nes » usager·ères pourraient-ils devenir des passeur·ses de conseils pour les plus jeunes ? Pour Eric Husson, il y a très certainement une place à créer pour elleux dans la RdR.

⁶³ Disponible sur <https://modusvivendi-be.org/notre-vision/> (janvier 2024).

Des questions qui devraient être impulsées dans leurs lieux de vie et réfléchies avec les résident·es. Comment gérer la consommation d'alcool, par exemple, dans les maisons de repos ? Que peut-on consommer ? Faut-il consommer seul ou en groupe ? « Le champ est assez vaste et peu investi par nos secteurs. Il y a un enjeu dans les années qui viennent à travailler sur des propositions dans ce domaine », conclut le directeur des projets au Lama.

Échanges et discussions avec la salle suite aux interventions

Des approches concertées, innovantes et respectant le pouvoir d'agir

Un participant confirme que s'il est bien nécessaire de penser les accompagnements, au sein même des institutions, de manière collective et intersectorielle, il faut également prendre en compte la dimension interculturelle. Comment, en fonction de son appartenance culturelle (religieuse, familiale, etc.), conçoit-on la mort, le droit à mourir dans la dignité... ? Comment conçoit-on la consommation d'alcool dans ce cadre ?



La salle ajoute que fort heureusement de plus en plus de logements alternatifs voient le jour. Certains sont plutôt théoriques, mais d'autres sont bien concrets. À Forest, par exemple, un petit habitat intergénérationnel regroupe 8 à 9 habitant·es. Y vivent des jeunes issu·es de l'immigration qui essayent de se former ou d'obtenir des équivalences de diplôme en Belgique, une personne âgée dépendante au rez-de-chaussée et des personnes avançant en âge qui ont soit des problèmes de mobilité ou des bas revenus. L'adhésion au projet dès le départ a créé d'emblée une entraide entre cohabitant·es. On le voit, le modèle unique et le fonctionnement des maisons de repos doit être repensé. Un champ de tous les possibles est ouvert.

L'expérience et l'expertise des usager·ères et leur rôle « d'expairs » – jeu de mot entre experts et pairs – sont également confirmés par l'assemblée. En outre, le libre arbitre, en matière de consommation notamment, l'importance de la dignité, l'autonomie des personnes directement concernées sont réaffirmés.

Se rendre dans les lieux de vie des personnes, aller vers...

Un accompagnement plus spécifique tel qu'il est géré par Enaden se révèle particulièrement intéressant⁶⁴: aller sur place, « aller vers », à la rencontre des personnes qui vivent dans la solitude, serait une recommandation à formuler pour lutter contre les échecs suite à un hébergement, comme cela avait été décrit plus tôt par Yves Jabé de la Pièce. La mobilité des équipes permet de donner la possibilité aux travailleurs de suivre leurs usager·ères là où iels vont. Les milieux de vie peuvent être variés et ne pas être ceux où les professionnel·les ont l'habitude d'intervenir. Par exemple, des usager·ères qui ont une longue expérience de consommation ne vont pas forcément se retrouver dans le même milieu que les novices. Il est même parfois compliqué de trouver leur environnement. Se pose également la question de comment accompagner un public mobile dans toute la capitale lorsque l'on est un·e intervenant·e cloisonné·e à un territoire.

Il pourrait également s'agir d'un accompagnement de transition entre un lieu de vie quel qu'il soit, à un moment donné, qui doit être quitté, et un autre qui est envisagé. Il existe un projet qui vise depuis un an ou deux à accompagner les personnes sans-abri vers des structures pour personnes âgées en collaboration avec Housing First et avec une équipe qui continue de suivre la personne une fois qu'elle est admise.

Un besoin de coordination et de communication intégrées

Actuellement, la situation qui prévaut est celle où l'hospitalisation s'arrête à la sortie de l'hôpital, les maisons de repos commencent à l'admission et les soins à domicile s'arrêtent au moment d'entrer en maison de repos... Il est donc nécessaire d'appréhender l'accompagnement des personnes de manière globale. Une vraie coordination des soins dans le milieu de vie quel qu'il soit est un élément central.

Des participant·es tiennent également à souligner qu'une violence institutionnelle peut parfois s'organiser par l'intermédiaire des professionnel·les qui y sont aussi exposé·es. Il est donc important de bien spécifier où s'arrêtent les responsabilités de chacun·e. Notons en passant que les secteurs de l'hébergement et des soins à domicile sont réellement sous tension.

Enfin, un travail doit être mené en matière de communication et de sémantique utilisée. Le public des personnes âgées dépendantes doit être visibilisé. Il est important de faire comprendre que les addictions existent bel et bien à long terme. Les personnes usagères vieillissantes doivent pouvoir s'exprimer, se faire entendre et être vues de manière positive, sans être réduites à leur seule identité de consommateur·ices. Les mots utilisés pèsent sur le parcours de soins. Cela sans oublier ceux et celles qui vivent dans la précarité et qui échappent aux structures.

⁶⁴ Le Renfort, équipe d'outreach spécialisée attachée à l'équipe de consultation d'Enaden, centre médical spécialisé en toxicomanie, www.enaden.be. Voir l'intervention de Valérie Paternotte supra.

Conclusion

Les présentations suivies des échanges avec la salle ont abouti à la formulation de plusieurs recommandations :

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Sensibiliser, former et accompagner les 3 parties prenantes – personnes usagères, secteur des aîné·es, secteur des assuétudes – en veillant au décloisonnement des secteurs, à l'intégration des usager·ères et au respect de leur autonomie.
- ⇒ Créer des modes d'intervention mobile décloisonnés et coordonnés pour accompagner les usager·ères âgé·es dans les moments de transition. Par exemple : financement de temps partiels dans les institutions de repos ou hospitalières pour l'accompagnement des personnes en transition entre différents lieux de vie ou pour se rendre sur ces lieux. Ceux-ci se coordonneraient autour de la personne vieillissante en tenant compte de son parcours – en rue notamment – et de ses besoins.
- ⇒ Réaffirmer le droit au choix, à la dignité et à l'autodétermination en questionnant la place de la consommation autorisée, de l'autonomie et du choix de l'usager·ère en matière de consommation au sein des institutions, dans la société et dans tous les milieux de vie.

Cet article est basé sur les échanges tenus au sein de l'atelier 4 « Usager·ères de drogue âgé·es : faire face au « boom » » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation et synthèse : Elodie Della Rossa et Charlotte Lonfils (Modus Vivendi)

Merci aux participant·es pour leur contribution aux échanges et à la réflexion.



La Réduction des Risques à l'école

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 6 DU MÊME NOM, RÉDIGÉ PAR CÉCILE BÉDUWÉ

L'usage (et la vente) de drogues au sein des établissements scolaires est un sujet récurrent dans les médias belges. Cet intérêt est notamment alimenté par l'augmentation croissante des opérations « anti-drogues » menées par la police dans les écoles, avec des résultats, en termes de saisie, généralement très maigres.⁶⁷⁾ Les chiffres disponibles, tant du côté flamand⁶⁸⁾ que du côté francophone⁶⁹⁾, montrent de leur côté des niveaux de consommation de drogues chez les jeunes en âge scolaire relativement bas et constants, y compris pour l'alcool, le tabac et le cannabis. Pour faire face aux problèmes liés à l'usage de drogues qui se posent malgré tout à l'école, les enseignant·es et les directions sont souvent livrées à elles-mêmes. De leur propre initiative, certaines se tournent vers des acteur·ices de la prévention qui restent peu sollicité·es. La Réduction des Risques (RdR) liés à l'usage de drogues, quant à elle, est absente du milieu scolaire. Pourtant, une littérature scientifique bourgeonnante met en évidence son efficacité auprès du public jeune, notamment en ce qui concerne la

consommation d'alcool⁷⁰⁾ et, en particulier, auprès des 15 ans et plus⁷¹⁾. Deux intervenant·es ont été invitées pour nous faire part des projets de prévention innovants que leurs associations mènent dans les écoles et des enseignements qu'ils tirent à partir de leurs expériences de terrain.

INTERVENANT·ES :

Patricia Bernaert, formatrice et chargée de projet chez Prospective Jeunesse⁶⁵⁾

Thomas Gelly, travailleur social et coordinateur de l'équipe permanence et consultation chez Infor-Drogues⁶⁶⁾

PERSONNES RESSOURCES :

Astrid Bovesse, responsable de projet au Fonds des Affections Respiratoires – FARES

Fanny Céphale, chargée de projet au Centre Bruxellois de Promotion de la Santé – CBPS

Audrey Decarpentrie, psychologue clinicienne au Pélican

Véronique de Thier, responsable politique à la Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel - FAPEO

⁶⁷⁾ Concertation Réflexion Écoles Police Bruxelles, 8 mai 2019.

⁶⁸⁾ Vlaams expertisecentrum Alcohol and andere Drugs, 2023.

⁶⁹⁾ Stévenot et Hogge, 2021.

⁷⁰⁾ McKay et al., 2014.

⁷¹⁾ Poulain et Nicholson, 2005.

⁶⁵⁾ Service spécialisé en prévention des assuétudes, www.prospective-jeunesse.be, consulté le 14/12/23.

⁶⁶⁾ Infor-Drogues (récemment devenu Infor Drogues & Addictions) offre de l'information, de l'aide, des conseils à toute personne ou collectivité confrontée d'une façon ou d'une autre, de près ou de loin, à la problématique des drogues. L'association, surtout connue pour sa permanence téléphonique, offre également d'autres services (permanences, consultations, communication...), www.infordrogues.be, consulté le 14/12/23.

L'expérience d'Infor-Drogues auprès des écoles

Thomas Gelly, Infor-Drogues

Thomas Gelly introduit son intervention en proposant d'emblée une définition du concept de Réduction des Risques ou RdR. Il constate en effet une confusion fréquente entre la RdR et la prévention dans les demandes adressées par des acteur·ices du milieu scolaire. La RdR est définie comme une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de

drogues. Celle-ci s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale, à côté des deux autres stratégies que sont la prévention et le traitement. Si le traitement a pour objectif un changement d'ordre sanitaire et ou psycho-social et si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population,

la RdR a quant à elle pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que les drogues peuvent occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer.

Une brève histoire de la RdR est ensuite proposée qui distingue trois grandes périodes. Une première période qui commence au début du XX^e siècle et au cours de laquelle des personnalités et des associations vont ouvrir la voie à l'idée d'organiser l'accès à des services sanitaires aux usager·ères de drogues. La RdR était née. Au cours de la deuxième période, la RdR a été marginalisée suite à l'accent mis sur la prohibition du commerce de l'opium et d'autres stupéfiants. Au cours de la troisième période, la RdR est revenue à l'avant-plan grâce aux militant·es et associations qui se sont mobilisées dans la lutte contre l'épidémie de VIH qui touchaient particulièrement les usager·ères de drogues.

Confusion entre RdR et prévention dans les demandes des écoles

La confusion entre RdR et prévention est souvent présente dans les demandes d'intervention adressées par les écoles à Infor-Drogues. Quand un·e responsable ou un·e enseignant·e demande à Infor-Drogues de venir faire de la RdR au sein d'une école, iel souhaite en réalité que l'association vienne informer les élèves sur les dangers de la consommation, dans l'espoir que l'intervention dissuade les élèves de con-

sommer. Ceci correspond plutôt à un objectif de prévention. Or, répondre trop vite à cette demande sans l'analyser en profondeur n'est pas gage de réussite. En général, les consommateur·ices de drogues connaissent déjà, en partie du moins, les risques associés à leur consommation. Une telle intervention a donc peu de chance de les motiver au changement.



L'âge des élèves est un autre élément qui complexifie la réponse donnée à ce type de demande. La réponse donnée à une demande d'intervention diffère selon que les élèves aient moins ou plus de 12 ans, moins ou plus de 16 ans, etc. L'objectif de ces catégories est de montrer que les enjeux ne sont pas les mêmes en fonction de la personne, de son âge, de sa situation, ou encore en fonction de la consommation en tant que telle (intensité, chronicité...). Pour mieux expliquer ces enjeux, Thomas Gelly se réfère aux travaux de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) qui fait la distinction entre trois types de prévention : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée.

manies (OEDT) qui fait la distinction entre trois types de prévention : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée.

Trois types de prévention

La prévention universelle s'adresse à tout le monde, consommateur·ices ou pas. Ici, les projets vont surtout s'articuler autour de messages de dissuasion ou de retard de l'usage. La prévention sélective s'adresse à des groupes à risques mais est également basée sur une approche globale visant l'apprentissage de

compétences ou d'attitudes de vie, la transmission de messages de dissuasion ou de report mais aussi de messages et de techniques de Réduction des Risques. On s'adresse donc à ce niveau à un public dont on sait qu'il s'inscrit dans une consommation et auprès duquel on peut introduire les messages et les principes de la RdR de manière groupale. La prévention indiquée s'adresse quant à elle aux adultes usagères de drogues.

Selon l'OEDT, la RdR n'est recommandée que face à un public qui consomme, de façon problématique ou pas. Par contre, elle ne l'est pas lorsqu'il s'agit d'un public jeune qui comprend aussi et surtout des non-consommateurs, auprès de qui on risquerait d'introduire un objet qui jusque-là ne faisait pas partie de leur monde symbolique et physique. Cette démarche pouvant se révéler contre-productive, il est dès lors plus aisé de comprendre les crispations qui s'expriment autour de la possibilité de faire de la Réduction des Risques de manière très concrète dans les écoles.

Des adultes-relais au sein des écoles comme vecteur de prévention ou de RdR

Quand une école contacte Infor-Drogues afin qu'un·e membre de l'équipe vienne présenter les dangers de la consommation aux élèves, l'équipe s'évertue à remettre en question ce type d'intervention qui ne porte pas forcément ses fruits. Infor-Drogues propose plutôt de renforcer la place de l'adulte-relais, cet adulte pouvant être l'instituteur·ice, un·e travailleur·euse du centre PMS, etc. Plutôt que de répondre directement aux demandes qui leur sont adressées de venir informer les élèves des dangers de la consommation de drogues, Infor-Drogues va donc plutôt former l'adulte-relais afin que celui-ci soit vecteur de prévention ou de Réduction des Risques en fonction de la spécificité des situations qu'il est le plus à même de pouvoir évaluer. Former cet adulte-relais implique notamment un travail important sur les représentations qui sont véhiculées dans l'enceinte de l'école, et au-delà, sur les drogues et leurs usages, ces représentations de départ faisant souvent barrage à un travail de prévention ou de RdR.

Des usages au bien-être des élèves, l'approche de Prospective Jeunesse en milieu scolaire

Patricia Bernaert, Prospective Jeunesse (PJ)

Prospective Jeunesse partage la même approche et philosophie qu'Infor-Drogues. Patricia Bernaert aborde d'abord la question du cadre. En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'introduction et la détention de drogues au sens de la loi de 1921 est un motif d'exclusion définitive de l'école. La lettre de la loi de 1921 se retrouve ainsi transposée dans le cadre scolaire de la FWB. Certains établissements retranscrivent la disposition dans leur règlement d'ordre intérieur. D'autres vont y apporter des nuances, en proposant par exemple une progressivité dans les sanctions. Nous sommes donc assurément dans une logique de l'interdit : les consommations de substances psychotropes n'ont pas leur place en milieu scolaire, ces espaces ne sont en rien des lieux de consommation. La Réduction des Risques dans ce qui n'est pas censé être un lieu de consommation pose dès lors question, bien évidemment. Par ailleurs, nous sommes encore et toujours confrontés·es à des directions d'école qui s'enferment dans le déni en mode : « Il n'y a pas de drogues dans notre école, je suis désolé·e ».

Un travail mené avec les équipes éducatives autour des représentations des consommations et du climat scolaire

Quand Prospective Jeunesse reçoit une demande émanant d'une école, la première étape est de l'analyser et de la retravailler. Au cours de cette analyse, l'association explique son approche qui consiste à proposer un travail d'accompagnement des professionnel·les ou, comme les a appelé·es Thomas Gelly, les adultes-relais. Les jeunes, les élèves peuvent être impliqués dans les démarches mais le travail est mené en priorité avec l'équipe éducative. Pourquoi ce choix ? Parce qu'en travaillant avec les adultes-relais, c'est sur l'environnement des élèves que l'association entend travailler et plus particulièrement sur le climat scolaire. Pour y parvenir, l'accent est mis sur la posture individuelle des

enseignant·es mais aussi sur la cohésion au niveau de l'équipe éducative afin que celle-ci puisse se positionner collectivement par rapport à la consommation et aux élèves qui consomment. Cette posture plus ou moins ouverte selon les écoles avant formation, après formation, avant accompagnement, après accompagnement, est de nature à rendre l'environnement plus ou moins favorable, plus ou moins stigmatisant, plus ou moins tolérant vis-à-vis des élèves qui consomment. Cela participe du bien-être des élèves à l'école.

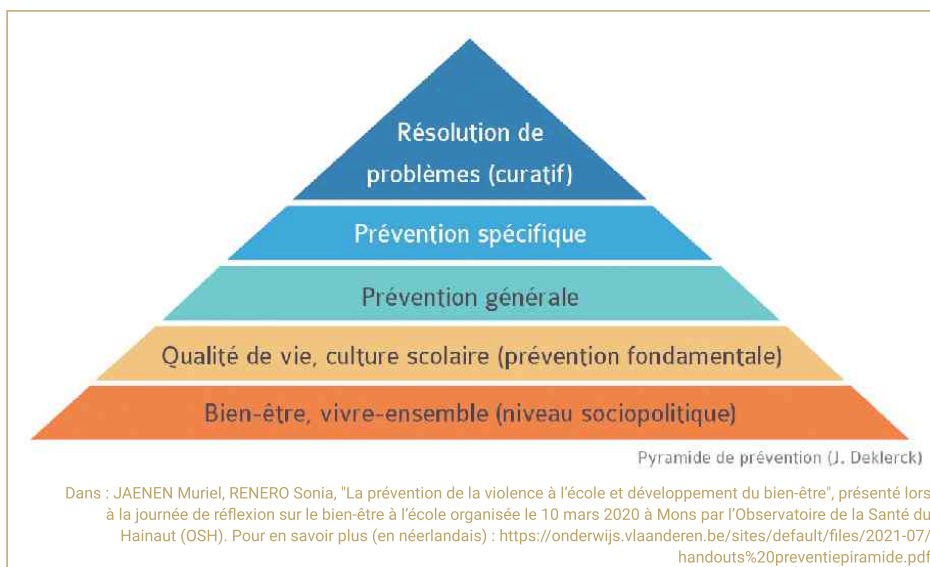
Tout le travail avec les adultes-relais va consister à mettre de la distance par rapport au produit, à sortir de cette fascination du produit, de sa toute puissance, pour les amener à aborder la question du contexte et, plus particulièrement, celle du/de la jeune en relation avec son contexte, avec ses pairs, avec les adultes qui l'entourent. Prospective Jeunesse va mettre cela au travail de différentes façons. Par exemple, une équipe éducative peut être accompagnée dans un exercice de révision du règlement d'ordre intérieur : Comment sanctionne-t-on ? Que peut-on mettre en place qui n'est pas de l'ordre de l'exclusion pure et simple ? Etc. Cet exercice nécessite un travail important sur les représentations, une mise à plat et une déconstruction de ces représentations. Cette étape est cruciale. On ne peut pas faire sans parce qu'il n'est pas possible de construire de la prévention ou de la RdR sur base des représentations sociales communément véhiculées. Le photolangage peut être utilisé pour mettre ces représentations à plat. Une animation qui est également utilisée à cette fin consiste à demander aux adultes-relais de lister toutes les drogues qu'ils connaissent sur des cartons avant de les classer de la plus dangereuse à la moins dangereuse. Évidemment, c'est un exercice qui n'a pas de sens car que veut dire « dangereux » ? Les participant·es prennent conscience que cela va dépendre d'une multitude de facteurs. Dans l'approche privilégiée par l'association, il n'y a pas de drogues dures, il n'y a pas de drogues douces mais

des usages durs et des usages doux. C'est l'usage que l'on va faire d'une substance qui va être déterminant, ce n'est pas la substance en elle-même. Ces exercices génèrent des débats très participatifs qui peuvent secouer les personnes qui y prennent part. L'association perd parfois des personnes en cours de route parce qu'elles ne veulent pas entendre un tel discours.

Un travail orienté vers la promotion de la santé, vers le bien-être des élèves...

Une fois les représentations sociales déconstruites, il est plus aisé d'orienter les débats vers la promotion de la santé. Ici, il est important de valoriser ce que l'école, les acteur·ices scolaires font déjà, mettent déjà en place mais que, à tort, ils ne considèrent pas comme étant de la prévention. Pourtant, quand on aborde la question de la consommation de drogues à l'école sous l'angle de la promotion de la santé, il y a souvent beaucoup d'actions ou postures, plus ou moins conséquentes, visibles, individuelles ou collectives qui existent déjà. Celles-ci n'étant pas forcément en lien avec le produit, elles ne seront pas figurées comme des actions de prévention. Par exemple, quand une école organise des ateliers pour les élèves qui leur permettent de se détendre, elle influence un ensemble de déterminants qui construisent le bien-être. La question qui se pose alors est de savoir comment ces initiatives peuvent être renforcées ou pérennisées.

Un outil qui se révèle particulièrement utile lors de cette étape est la pyramide de la prévention (NDLR : de Johan Deklerck) qui distingue, à l'instar de l'OEDT, différents niveaux de préven-



tion. Au niveau le plus élevé de la pyramide, nous trouvons les mesures curatives, prises dans l'urgence, ainsi que la prévention spécifique, qui sont toutes deux orientées vers le problème, le produit étant souvent désigné comme tel. Le but est, tout au long du travail avec les adultes-relais, de descendre le long de cette pyramide, pour orienter les débats sur la prévention générale et la prévention fondamentale qui sont orientées sur le bien-être des acteur·ices du milieu scolaire. Au niveau de la prévention fondamentale, l'enjeu est d'agir sur le cadre scolaire pour favoriser la qualité de vie (par exemple en réaménageant la cour de l'école au bénéfice de tous·tes, consommateur·ices ou pas), tandis qu'au niveau de la prévention générale, l'enjeu peut être de développer les habilités sociales et émotionnelles de l'ensemble des élèves. L'action est pensée en réponse aux consommations problématiques tout en étant décentrée des consommations. L'objectif est de travailler sur un ensemble de déterminants qui dépassent la question du produit. En partant d'une demande qui portait spécifiquement sur une problématique (d'usage) de drogues, l'idée est donc d'amener le ou la demandeur·euse à élargir la réflexion pour y intégrer le climat scolaire et le bien-être des élèves.

Échanges avec la salle, les personnes ressources et les intervenant·es

Les besoins et les questions des élèves au cœur de l'approche à adopter

Les personnes-ressources prennent ensuite la parole pour poser des questions ou apporter des informations complémentaires. Une première question posée est : Quid des élèves ? Autrement dit, ne serait-il pas judicieux de partir des questionnements et des besoins des élèves ? Un parallèle est fait avec l'EVRAS⁷²). La FAPEO se montre, en tout cas, très favorable à ce que des intervenant·es extérieur·es travaillent directement avec les élèves à partir de leurs propres questions. De la sorte, il sera plus facile d'adapter l'intervention aux besoins des élèves et de déterminer s'il faut plutôt se situer dans la prévention générale, sélective ou indiquée.

Dans l'ensemble, les autres personnes-ressources et les intervenant·es sont d'accord sur la pertinence de prendre en compte le point de vue et les besoins des élèves. Il faut néanmoins préciser que la majorité des associations de prévention et de RdR présentes, à l'exception du Pélican, sont des actrices de seconde ligne et qu'elles travaillent par conséquent uniquement avec les personnes-relais, les enseignant·es par exemple, dans le cadre scolaire. Elles ne disposent donc pas du mandat leur permettant de rentrer directement en contact avec le public cible final que sont les élèves. Par ailleurs, quand bien même elles auraient ce mandat, il n'en demeure pas moins qu'il est primordial de former les adultes-relais pour qu'ils soient en mesure d'accueillir la parole des jeunes et d'en faire quelque chose de constructif.

Actuellement, peu d'associations de prévention ont une approche collective de première ligne mais il existe des dispositifs qui permettent de prendre en compte les besoins des élèves, le plus souvent selon une approche individuelle. Par exemple, en plus de l'accompagnement qu'elle propose aux adultes-relais en milieu scolaire, Infor-Drogues organise un service ambulatoire qui peut être appelé au sein d'une école via une permanence téléphonique. Ce service ambulatoire répond à des demandes individuelles émanant des acteur·ices de l'école, y compris les élèves. Quand ce sont des adultes-relais qui bénéficient de ce service, un des enjeux qui revient souvent est la question de l'autorité et de comment il est possible de remettre de la verticalité dans la relation entre l'adulte et l'enfant.

Partenariats entre les écoles, les acteur·ices du secteur jeunesse et les intervenant·es du monde associatif pour une approche plus globale

Toujours en lien avec l'idée de partir des besoins ou de la demande des élèves, Fanny Céphale mentionne le Point d'Appui aux écoles secondaires en matière de prévention des Assuétudes qui est coordonné par le CBPS. Ce point d'appui regroupe toute une série d'associations, toutes présentes aujourd'hui, ainsi que des représentant·es d'administrations communales, et a pour objectif de faciliter les partenariats entre les écoles et les acteur·ices asso-

⁷² Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS)



ciatif-ves. Il réceptionne et traite des demandes émanant principalement d'écoles mais qui peuvent aussi émaner d'autres acteur·ices du secteur jeunesse comme les maisons de jeunes, etc. L'intérêt des concertations, qui sont menées au sein du Point d'Appui, est de se décaler un peu de son offre de services en tant qu'institution et de voir quelle serait la plus-value de répondre à ces demandes de manière collective et complémentaire. Ce point d'appui permet d'offrir des approches plus globales quand il s'agit de demandes qui se composent de plusieurs volets d'action. Par exemple, si une école souhaite travailler la question des consommations chez les enseignant·es, chez les éducateur·ices mais aussi chez les élèves, il y a un véritable intérêt à faire collaborer plusieurs associations du secteur. L'un des principes de la promotion de la santé est de partir des besoins du public final. Par conséquent, il est à nouveau très important de partir des besoins des jeunes et de la communauté scolaire dans son ensemble, même si cela est énergivore et qu'il n'est pas toujours évident de les prendre en compte.

Cette étape est d'autant plus importante qu'une école n'est pas l'autre. Par exemple, certaines écoles comptent énormément d'élèves, d'autres très peu. Il est dès lors difficile, et même pas forcément souhaitable, de systématiser des méthodes d'intervention.

Audrey Decarpentrie surenchérit sur l'intérêt de collaborer avec d'autres associations du secteur

pour répondre à certaines demandes. Elle explique ensuite que son association, Le Pélican, a pour habitude de travailler avec le public des adultes-relais mais aussi avec celui des élèves. Typiquement, l'équipe va insister pour rencontrer les adultes-relais. L'association en fait d'ailleurs une condition de partenariat. Les relais sont ainsi formés, leurs représentations mises à plat et déconstruites, si besoin. Les thèmes qui seront ensuite abordés avec les élèves sont également identifiés en discussion avec les adultes-relais. Des animations sont dans un deuxième temps menées au sein des classes. Ces animations ne sont pas ou très peu orientées sur le produit. Les thèmes abordés sont généraux et les animateur·ices partent de ce qui est amené par les élèves au cours des animations. Un jeu qui peut être utilisé lors de ces animations est le jeu Dixit⁷³).

Peu d'acteur·ices de 1^{re} ligne pour soutenir les adultes-relais au sein des écoles

Deux autres éléments sont soulevés lors du tour de table des personnes-ressources. Premièrement, le statut d'acteur·ices de deuxième ligne de la plupart des associations du secteur les amène à travailler presque exclusivement avec l'équipe éducative qui est déjà surchargée. Les membres de cette équipe peuvent donc mal réagir au travail d'accompagnement qui leur est proposé, voire imposé par leur direction. Il y a donc clairement un manque d'acteur·ices de première ligne qui, par une co-intervention auprès des élèves par exemple, pourraient venir

soutenir, voire suppléer l'équipe éducative. L'éducation par les pair-es peut parfois être une solution, qui en plus d'être efficace, a l'avantage de décharger l'équipe éducative. Cependant cette méthode n'est pas envisageable à tout âge.

Deuxièmement, et pour compléter le constat que la transmission d'informations sur les risques liés à la consommation n'est pas efficace, les risques ne sont pas toujours évidents à identifier. Par exemple, quand on travaille dans la prévention du tabagisme, conseiller les élèves sur l'utilisation ou la non-utilisation de la cigarette électronique ou encore du puff n'est pas évident. En effet, la cigarette électronique semble pouvoir être un outil de RdR mais uniquement pour les fumeur·euses, tandis que le puff semble être plutôt clairement un produit d'entrée qui va amener le-la jeune sur la voie de la consommation de nicotine. Comment aborder toutes ces nuances tout en véhiculant un message clair ? Le positionnement en tant qu'« expert·e » sur ces questions est complexe.

Le parti a donc été pris de ne pas axer les animations en classe sur le produit mais plutôt de faire réfléchir les élèves sur des aspects plus éloignés du produit comme, par exemple, les stratégies publicitaires de l'industrie du tabac, le but étant de renforcer l'esprit critique des élèves, leur réflexivité et, au final, leurs habilités sociales et émotionnelles.

Après avoir salué la qualité des interventions, une personne du public réagit au fait que le travail réalisé dans les écoles est mené suite à une demande. Cela veut donc bien dire que ce travail n'est pas mené au sein des écoles qui ne sont pas demandeuses. Or, l'usage et la vente de drogues ne se limitent pas aux écoles demandeuses d'une action de prévention. Ne serait-il pas dès lors intéressant d'intégrer la prévention et la promotion de la santé dans le programme scolaire, à l'instar de ce qui existe maintenant pour l'EVRAS ? Véronique de Thier de la FAPEO abonde dans ce sens.

RECOMMANDATIONS

- ➡ Continuer à co-construire les interventions avec plusieurs acteur·ices de l'institution scolaire (enseignant·es, éducateur·ices, élèves...).
- ➡ Continuer à valoriser les adultes-relais.
- ➡ Continuer à adopter une approche par la motivation et le désir.
- ➡ Arrêter l'approche répressive qui semble encore trop souvent être privilégiée.
- ➡ Arrêter l'appel à la peur pour faire changer le comportement des élèves.
- ➡ Arrêter les opérations « anti-drogues » menées par la police dans les écoles.
- ➡ Créer des actions davantage en lien avec les besoins des jeunes (dans une approche plus globale qui permet de renforcer les compétences psychosociales).
- ➡ Créer des postes supplémentaires en prévention/promotion de la santé.
- ➡ Créer des espaces ou activités alternatives de nature à améliorer le bien-être de la communauté scolaire.

Cet article est basé sur les interventions et échanges tenus au sein de l'atelier 6 « La Réduction des Risques à l'école » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve », organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation: Nicolas Van der Linden et Samuel Ligot (Modus Vivendi)

Rapporteuse : Florence Marcin (Le Pélican)

Synthèse : Nicolas Van der Linden (Modus Vivendi)

Merci aux participant·es pour leur attention, leurs remarques et leurs questions.

La Réduction des Risques, un métier

« chasse gardée » ?

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 7 DU MÊME NOM, RÉDIGÉ PAR CÉCILE BÉDUWÉ

À l'origine, la Réduction des Risques reposait sur une alliance entre l'utilisateur et les professionnelles du VIH/sida qui, ensemble, ont décidé de poser un regard différent sur la consommation de psychotropes. Aujourd'hui, néanmoins, avec le temps et la professionnalisation de la RdR, le statut et l'expertise de ces pair-aidant·es semblent trop peu reconnus, voire « sous-considérés », malgré leur apport indéniable dans la compréhension des pratiques et des réalités vécues par les consommateur·ices.



INTERVENANT·ES :

Anne Coppel, sociologue, créatrice de l'Association Française de RdR – AFR

Fabrice Perez, volontaire chez Techno+ (acteur de RdR en freeparty en France)⁷⁵⁾

Des **jobistes** (Modus Vivendi) et **expert·es du vécu**

⁷⁵⁾ Depuis 1995 Techno+ intervient dans les fêtes techno pour réduire les risques liés aux pratiques festives et promouvoir la culture techno, www.technoplus.org

Les débuts de la RdR et ses pionnier·ères

Anne Coppel, Association Française de RdR

À la question « Comment vous définiriez-vous en tant que l'une des fondatrices de la RdR en France ? », Anne Coppel répond qu'elle appartient aux pionnier·ères, à ceux et celles qui ont fait partie du 1er réseau de Réduction des Risques français qui comptait alors très peu de monde. Anne Coppel était à l'époque à ce qu'elle appelle un « carrefour ». Tout d'abord en tant que chercheuse de terrain, après avoir mené des enquêtes sur la consommation d'héroïne dans les années 80, ce qui l'a amenée « progressivement à des pratiques de Réduction des Risques avant même que l'on ait les mots pour le dire ». Ensuite, en tant que soignante, dans le cadre des recherches-actions qui ont notamment débouché sur la mise en place de traitements de substitution.⁷⁴⁾ Ensuite, son expérience personnelle de l'usage de drogues, au début des années 70, lui a fourni « la clé des recherches [...], de l'alliance [...] avec des usagers qui eux avaient commencé dans les années 80 et 90 ».

⁷⁴⁾ Traitements de substitution aux opiacés (TSO).

En tant que personne séropositive, Anne Coppel est devenue une militante de la lutte contre le SIDA et s'est investie auprès d'AIDES⁷⁶⁾ pour mener des actions de terrain. Selon celle-ci, l'absence de politique de santé publique adéquate en France s'est soldée par une catastrophe en termes de décès liés au SIDA dans les années 80 et 90. Une prise de conscience est alors née parmi les acteur·ices de l'époque qui n'ont eu d'autre alternative que de rassembler les quelque forces vives émanant du terrain pour tenter de faire bouger les choses. C'est ainsi que le réseau « Limiter la Casse » a vu le jour avec entre autres le soutien d'AIDES et de Médecins du Monde⁷⁷⁾. Mais c'est avant tout la création d'ASUD⁷⁸⁾, l'Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues, qui s'est révélée déterminante.⁷⁹⁾ La santé communautaire a été au cœur de ce mouvement : « c'est la personne elle-même qui choisit la façon de protéger sa santé et qui est au cœur de l'action », en travaillant « AVEC les usager·ères plutôt qu'à leur place... même si cela n'a pas toujours été un long fleuve tranquille ».

Des « alliances » et un panel d'expertises provenant d'horizons variés comme assises de la RdR

Pour Anne Coppel « l'expérience de l'usage devient une expertise à partir du moment où elle est confrontée déjà au sein des groupes d'auto-support et que les usagers confrontent leurs expériences personnelles avec celles du voisin. Personne ne détient [...] la vérité unique ». La diversité des usages, des problématiques, constituent la richesse de l'expertise. De même, lorsque la santé publique était encore balbutiante et perçue par la plupart des spécialistes « comme un outil de contrôle social », c'est grâce à l'influence d'expert·es internationaux·ales qu'un changement s'est véritablement opéré en matière de Réduction des Risques. Lors de la conférence internationale sur le SIDA en 1992⁸⁰⁾, Anne Coppel a ainsi saisi la cohérence entre la pratique des médecins qui prescrivaient des traitements de substitution, les militant·es ou profes-

sionnel·les qui distribuaient des seringues, et les associations d'auto-support : une cohérence qui repose avant tout sur « une politique de santé publique qui est d'abord fondée sur la responsabilité des personnes concernées et non pas sur l'autorité médicale ».

Même si elle puise une part importante de sa formation et de son expertise du terrain ou de la confrontation avec d'autres acteur·ices et expert·es, Anne Coppel estime que des formations et des qualifications qui en découlent sont nécessaires. Ces formations devant se faire sur base d'une « alliance » entre l'expertise spécifique à la RdR de terrain et celle issue d'autres domaines d'expérimentation : scientifique, pharmacologique, neuroscientifique, sanitaire, etc.

Selon l'intervenante, une « alliance politique » doit également être nouée face à la guerre faite aux drogues, dont on sait que finalement ce sont avant tout les usager·ères qui sont visé·es. La création de l'Association Française de Réduction des Risques, par exemple, avait l'ambition de travailler avec la magistrature, la police ou encore avec les pouvoirs locaux. Le réseau de RdR mis en place et reconnu début des années 90 avait engendré après quelques années des résultats extrêmement positifs et pourtant peu divulgués : une diminution de 80 % des overdoses mortelles identifiées par les services de police et une diminution drastique de la prévalence du VIH/sida lié à l'injection...

Malheureusement, malgré ces succès et la reconnaissance officielle des pratiques de RdR, la guerre contre la drogue a resurgi 10 années plus tard, sous la présidence de Nicolas Sarkozy. Anne Coppel regrette que l'institutionnalisation de la RdR ait été réalisée au détriment des militant·es et plus spécifiquement des personnes qui ont l'expérience de la pratique de l'usage de drogues.

⁷⁶⁾ Première association française de lutte contre le VIH/SIDA qui se bat pour le droit des personnes et contre leur exclusion www.aides.org

⁷⁷⁾ Association médicale et humanitaire – www.medecinsdumonde.org

⁷⁸⁾ www.asud.org

⁷⁹⁾ Lire à ce sujet l'intervention de Miguel Velazquez, secrétaire général de l'association Auto-support et Réduction des Risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues (ASUD) : « La place des usager·ères de drogues dans la Réduction des Risques : perspectives historiques ».

⁸⁰⁾ VIIIe conférence internationale sur le sida à Amsterdam en 1992.



Les nouvelles générations de la RdR et leur reconnaissance officielle

Fabrice Perez, Techno+

La génération de la RdR liée aux usages dits festifs a pu assurer la relève en menant des actions en milieux festifs sous couvert de lutter contre l'épidémie de VIH/sida, même si ce public était finalement moins concerné. Et c'est bien là que le bât blesse pour Fabrice Perez. Le travail devait s'articuler autour du sida alors que ce qui était le plus problématique en festif résidait dans la gestion des moments aigus de consommation. Les urgences hospitalières étant complètement démunies, Techno+ a fini par mettre sur pied la « Clinique des Bad Tripages » pour une prise en charge adéquate en milieux festifs. Par la suite, le testing de substances a constitué un autre outil phare de la RdR des années 2000.

Est ensuite apparue ce que Fabrice Perez appelle la « génération des psychonautes connectés », qui correspond à l'essor des *research chemicals*

achetés sur le net, livrés, consommés à domicile et discutés en ligne sur des forums spécialisés. Un mode de consommation qui se différencie radicalement de celui des années 80 et 90, voire du début 2000. Cette communauté d'usager·ères produit et développe alors un savoir sur des substances dont personne n'a encore jamais entendu parler. Contrairement à la RdR qui se basait jusqu'alors sur des savoirs scientifiques académiques et sur des pratiques de terrain, les informations émanent de personnes qui ne proviennent pas d'associations ou d'institutions, de personnes qui sont totalement inconnues, toutes bénévoles, qui échangent sur des forums en ligne dont certains existent toujours⁸¹⁾ et qui finissent par devenir des références pour le public, y compris pour des professionnel·les de divers horizons (assuétudes, services administratifs...).

Un décalage entre l'apparition d'une nouvelle génération RdR et sa reconnaissance « officielle »

Même si cela ne s'est pas fait sans heurts, la première génération d'acteur·ices de Réduction des Risques liés à l'injection, à l'héroïne et au sida a pu, grâce à un travail militant acharné, aboutir à la création de structures aujourd'hui reconnues officiellement et principalement financées par les pouvoirs publics français. En ce qui concerne la « génération festive », la situation s'est révélée plus complexe. Ces associations travaillant avec des équipes aux profils et aux modes de fonctionnement différents des services de RdR agréés (équipes entièrement mobiles, sans lieu d'accueil, interventions ponctuelles sans suivi des personnes...), elles ne perçoivent pas les mêmes types de financement, et sont dès lors plus précaires, comptent moins de personnel salarié. La professionnalisation des équipes y est donc plus difficile. Techno+, par exemple, forme des bénévoles aux interventions en milieux festifs et à la RdR, ce qui pousse régulièrement ces dernier·ères à vouloir se professionnaliser. L'association bénéficiant d'une reconnaissance auprès des professionnel·les, cette expérience peut être valorisée sur un CV et déboucher sur un emploi, ce qui pénalise d'une certaine ma-

nière l'association qui souhaiterait les garder dans leur équipe mais qui ne peut leur payer un salaire. Fabrice Perez parle également du syndrome de « l'habit qui fait le moine ». Ainsi un·e même bénévole en festif, selon qu'il intervienne auprès de Médecins du Monde ou de Techno+, sera perçu·e différemment par le public : comme un·e professionnel·le dans le premier cas et plutôt comme un·e consommateur·rice, un·e « fêtard·e » dans le second.

Fabrice Perez note un décalage systématique entre l'émergence d'une génération de RdR et la reconnaissance officielle de ses pratiques. Le premier flyer de RdR d'AIDES sur les drogues date de 1984 mais la RdR n'a été pleinement reconnue qu'en 2004. Ainsi faut-il attendre 20 ans également après les premières actions d'analyse de produit (testing) pour qu'en 2016 une loi française reconnaisse la veille et l'analyse de substances psychoactives comme un service « respectable » en termes de RdR. La génération Internet s'est constituée il y a une vingtaine d'années. Nous sommes donc en droit de nous attendre à sa reconnaissance officielle sous une forme ou l'autre...

Quid de la consommation en milieu professionnel ?

La question de l'exemplarité de l'intervenant·e derrière le stand de RdR en milieu festif peut prendre une connotation différente selon qu'il s'agit d'une association communautaire ou de professionnel·les. Pour Techno+, « cela veut dire qu'on montre qu'on peut prendre des drogues et gérer les choses », ce qui ne serait pas toujours le cas pour les services professionnels qui montrent plutôt l'exemple de la non-consommation (pas de verres ou de cigarettes quand on tient un stand par exemple). Finalement, les choix que l'on pose en termes de représentation du service rendu connoteraient ainsi les représentations de l'usage de drogue, conclut l'intervenant.

Fabrice Perez souligne par ailleurs un côté paradoxal dans le monde professionnel de la Réduction des Risques : une reconnaissance de l'expérience de l'usager·ères de drogues, de sa « quali-

té » de consommateur·ice, qui peut finalement constituer la cause même de son éviction. « À l'inverse heureusement, comme maintenant la RdR a franchi des générations, on a aussi des consommateurs militants persévérants qui ont pu gravir des échelons dans cette hiérarchie du médico-social, qui se retrouvent à des postes de direction ». Ceux-ci contribuent à leur niveau à mieux comprendre la réalité des consommateur·ices en milieu professionnel. Les professionnel·les consommateur·ices se sentent davantage intégrés·es par le fait que la structure finisse par reconnaître que leur expérience vient aussi de l'usage de drogues et que, par conséquent, la structure a le devoir de s'adapter à leurs caractéristiques de vie.

Quelle protection pour les consommateur·ices intervenant en milieux festifs ?

Techno+ a mis au point le projet « exPAIRtise » qui vise à « déprofessionnaliser » la RdR et à la rendre accessible à des non professionnel·les. L'objectif est de former des personnes usagères de drogues, de les outiller pour en faire des relais de la RdR. Soulignons que la loi française⁸²⁾ encadrant la Réduction de Risques liés à l'usage de drogues stipule que les intervenant·es peuvent être des consommateur·ices faisant usage de drogues, à condition qu'ils soient déclaré·es en préfecture⁸³⁾. Le contrôle de l'État reste donc bien présent.

Se pose la question de la protection de ces consommateur·rices. A-t-on la garantie que ces dernier·es ne seront pas inquiété·es pour facilitation à l'usage de drogues étant donné que la loi en France ne protège que les intervenant·es qui sont dûment déclaré·es ?

Pour Fabrice Perez, une alternative serait de militer pour le revenu universel pour sortir du dualisme professionnel·les salarié·es ou pair bénévoles, il n'y aurait plus que des acteur·ices de RdR.

⁸²⁾ Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908109

⁸³⁾ En France, pour acquérir la personnalité morale et la capacité juridique, les associations doivent être déclarées auprès du tribunal ou du greffe des associations.



Échanges avec la salle

Des formations spécifiques, certifiantes ou non, et une professionnalisation sont-elles nécessaires pour devenir acteur·ices de la RdR ?

Un formateur-accompagnateur pair-aidant présent dans la salle souligne le travail qu'il mène auprès d'équipes professionnelles afin de les sensibiliser à la complémentarité des savoirs : expertises de terrain et académique, vécu d'usager·ère, précarité...⁸⁴⁾ et savoir qui est en lien avec un métier ou une profession apprise au terme d'une formation ou d'un cycle d'études. Il insiste ainsi sur la complémentarité entre les savoirs des pair-aidant·es, expert·es du vécu et professionnelles et affirme la plus-value de cette approche complémentaire dans l'appréhension des problématiques individuelles qui peuvent se poser en termes d'usages mais également de santé mentale.

Une formation indispensable en plus de l'expérience

Pour l'assemblée, l'expérience même si elle demeure centrale ne suffit pas. Une formation se révèle nécessaire pour se préparer à toute une série de situations. Chaque expérience serait finalement spécifique et ne préparerait pas à « tout ». La formation permet d'aborder la question sous d'autres angles et de contextualiser davantage les situations rencontrées. Elle favorise la prise de recul indispensable et fournit d'autres outils que ceux développés à partir de sa seule expérience.

Néanmoins, une formation certifiante n'est pas indispensable, un « diplôme » en tant que tel n'est pas utile à la pratique de la RdR. Un jobiste précise : « On travaille dans la RdR. On ne va pas avoir en face de nous des gens qui se considèrent comme des patients qui veulent avoir un traitement ou un encadrement médical. On a beaucoup de gens qui ont des habitudes tout à fait différentes, des expériences tout à fait différentes. Et rien qu'avoir une formation à cette approche-là, je trouve c'est quelque chose d'important... ». In fine, l'exigence d'un diplôme pourrait même constituer un frein à l'engagement de personnes compétentes et expérimentées dans les structures, voire en menacer l'existence.

Pair-aidance, jobistes, expert·es du vécu, bénévoles, volontaires... les dénominations sont multiples et induisent des nuances au niveau des pratiques et de la formation suivie. La formation de pair-aidant·e, par exemple, s'étale sur plus d'une année, à raison d'une journée par semaine, et comprend également des stages ; celle des jobistes dure quelques journées... Les nuances entre ces notions ne sont pas toujours très claires, mais le socle commun est l'expérience de vécu des personnes qui permet entre autres une « mise à jour » des connaissances des professionnel·les sur les nouvelles substances et pratiques de consommation, toujours en évolution.

⁸⁴⁾ A titre d'exemple, suite à une demande croissante de lieux d'échanges et de rencontre sur l'analyse des pratiques de la pair-aidance, le projet PAT du Smes propose un nouveau cycle d'interventions en 2024 qui s'adresse aux pair-aidant·e-s en activité ou désirant développer une pratique de terrain, dans une perspective de formation continue (www.smes.be).

La pair-aidance peut être déstabilisante pour des équipes professionnelles non préparées

Travailler avec des équipes qui ne sont pas demandeuses de ce type d'approche est souligné comme un problème. Le travail avec des pair-aidant·es leur est imposé alors qu'elles n'ont aucune idée de ce que cela représente réellement ni en quoi cela consiste. De nombreux préjugés sont alors véhiculés. Un formateur présent exprime également sa crainte que la pair-aidance soit instrumentalisée, comme une forme de réinsertion socio-professionnelle à « bon marché » compte tenu du fait que les responsables des services doivent jongler avec les subventions, les « articles 60 »... et que, dès lors, la pair-aidance soit mise à toutes les sauces et que l'on y ait recours sans se poser la question de la place qu'elle occupe dans l'institution, du sens qu'elle y prend, de son bien-fondé dans un contexte donné... Dans certains cas, la pair-aidance serait utilisée comme un « alibi » par des structures qui afficheraient ainsi une image « usager·ères friendly » sans réellement intégrer cette pratique dans leur approche et leur philosophie de travail.

La pair-aidance, l'expertise du vécu, etc. peuvent également se révéler déstabilisantes pour des professionnel·les et bouleverser leurs représentations, comme en témoigne une professionnelle présente.

Pair-aidant·es, expert·es du vécu, jobistes... : des travailleur·ses de seconde zone sans cadre adapté ?

Le statut de la pair-aidance et de son barème, l'absence de réel cadre, parfois le manque de considération en tant que travailleur·se, menacent d'en faire des travailleur·ses de « seconde zone » aux perspectives d'évolution dans la structure incertaines. Sans oublier le risque de précarisation, compte tenu de leurs multiples vulnérabilités, ou encore les rechutes à ne pas sous-estimer dans ce contexte de travail spécifique. Cette crainte est partagée par plusieurs pair-aidant·es présent·es qui pointent l'absence d'accompagnement à ce niveau. Il faut donc penser à mettre en place un cadre de travail adapté tenant compte, par exemple, du rythme de vie et de travail de l'expert·e du vécu au sein de l'institution.

« Que pourrait-on mettre en place pour reconnaître les pair-aidant·es, expert·es du vécu, jobistes, et leur assurer un statut égalitaire, une alliance égalitaire ? »

Pour Anne Coppel : « Il faudrait qu'il y ait à l'extérieur du système de soins [...] des groupes d'usager·ères qui soient autonomes. Après, la formation leur permet certainement de travailler avec nous, avec les dispositifs existants. Mais pour cela, il faut qu'il y ait déjà une expression collective », comme c'est le cas pour les travailleur·ses du sexe et les personnes séropositives. Anne Coppel rappelle que pour que la RdR s'organise réellement et porte ses fruits, il a d'abord été nécessaire que « les usager·ères se regroupent et se fassent entendre » pour exprimer ce dont ils avaient besoin. Les associations ont ensuite reçu des subventions. « Quand vous êtes une minorité stigmatisée, il faut un soutien ». La nécessité d'un syndicat de jobistes est citée. Aux Pays-Bas, explique-t-elle, avant même que ne soit développée la RdR, la politique nationale menée en matière de drogues s'est notamment appuyée sur des regroupements, des syndicats de consommateur·ices de drogues.

La salle revient sur la question du « rétablissement » et sur l'idée de l'exemplarité sous-jacente qui serait nécessaire pour être pair-aidant·e alors que c'est justement l'expérience et le vécu de la consommation qui sont au cœur de ce concept. Il y aurait comme une « hypocrisie » du secteur de la RdR où subsiste finalement une stigmatisation de l'usager·ère, qu'il s'agisse des pair-aidant·es ou des professionnel·les-mêmes. Le « care » et le social sont finalement des secteurs où la consommation devrait pouvoir s'assumer massivement – et avec elle le fait d'avoir les informations sur les produits, les manières de les consommer, les pratiques à risque, l'expérience... – sans obligation bien entendu et dans le respect des personnes, mais surtout sans tabou. L'expression « sortir des toilettes » est utilisée par l'assemblée pour illustrer cette révélation publique collective. Les pair-aidant·es pourraient ainsi se dissocier de ce stigma de « l'usager·ère de service » et se voir garantir un statut de travailleur·se à part entière. Comme cela a déjà été souligné plus tôt, avoir des res-

ponsables d'association, des professionnel·les qui reconnaissent leur consommation, permettrait de faire évoluer les mentalités et l'empathie pour in fine faire évoluer les politiques, une tentative lancée notamment par Carl L. Hart⁸⁵⁾ ou encore Jean-Sébastien Fallu⁸⁶⁾ au Québec.

En termes de financement, des personnes de l'assemblée pointent que les associations actives dans la Réduction des Risques en Belgique se sentent un peu à l'étroit dans le cadre régi par

les Accords du Non Marchand qui définit très précisément les modalités de paiement des salarié·es sur base notamment du diplôme. Ce qui constitue une certaine entrave à l'innovation pour rémunérer des « personnes expertes ». Un participant précise qu'un travail est actuellement mené à ce niveau pour reconnaître une fonction et non plus nécessairement une formation. Attention cependant aux dérives et aux risques de caser les personnes dans des catégories trop rigides et hiérarchisées.

⁸⁵⁾ Psychologue et neuroscientifique américain, professeur de psychologie à Columbia à New-York, connu pour ses recherches sur l'usage de drogues. « Carl Hart, l'universitaire américain qui veut changer notre perception des drogues », courrierinternational.com, consulté le 14/12/2023.

⁸⁶⁾ Professeur à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal, www.iud.quebec, consulté le 14/12/23.

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Créer des syndicats d'usager·ères, des représentations de consommateur·ices en Belgique en tant que contre-pouvoir face aux professionnel·les de la santé, comme cela existe déjà dans certains pays, et au niveau européen ; qui soient indépendants des associations de professionnel·les de la RdR, mais reconnus et soutenus par elles.
- ⇒ Accepter que les professionnel·les consommateur·ices qui le souhaitent « sortent des toilettes », « déclarent » de manière plus massive leur usage de drogues et adapter les structures à leurs spécificités de fonctionnement, sans les réduire à leur identité de consommateur·ices. Cette reconnaissance permettrait d'alléger la stigmatisation dont souffrent les pair-aidant·es.
- ⇒ Faire voter des changements législatifs afin de décriminaliser l'usage de drogues, ce qui éviterait de marginaliser les consommateur·ices et d'exclure des personnes ressources importantes en termes d'expertise et d'expérience, ainsi que d'augmenter les marges de manœuvre de la RdR.
- ⇒ Octroyer davantage de financements aux associations afin qu'elles puissent rémunérer correctement les pair-aidant·es ainsi qu'assurer un statut pérenne aux travailleur·ses.
- ⇒ Accorder plus de souplesse dans le mode de financement des postes de travail qui ne reposent pas uniquement sur la qualification et qui reconnaissent l'expertise des personnes.

Cet article est basé sur les interventions et échanges tenus au sein de l'atelier 7 « La Réduction des Risques, un métier chasse gardée ? » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation : Catherine Van Huyck et Illia Sarkissiane (Modus Vivendi)

Synthèse : Valérie Paternotte (COCOF)

Merci aux participant·es pour leur attention, leurs remarques et leurs questions.

Réduction des Risques : quelle place pour la militance ?

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 8 « MILITANCE DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES : LES ENJEUX DE DEMAIN », RÉDIGÉ PAR PAMELA CISELET

La Réduction des Risques actuelle doit son cadre légal aux actes militants de ses pionnier·ères. Malgré les réglementations ainsi gagnées, le secteur subit fréquemment les ingérences du monde judiciaire visant à réprimer l'usage des drogues illicites. De nouveaux enjeux apparaissent sans cesse pour les acteur·ices de terrain, qui nous invitent à questionner le rapport de la Réduction des Risques à la militance sous différents angles :

- La Réduction des Risques est-elle militante en soi ?
- La Réduction des Risques sert-elle malgré elle la politique prohibitionniste menée par l'État ?
- Qu'implique la militance dans la RdR pour les usager·ères, les jobistes, les associations et le monde politique ?

La continuité du discours dominant

Pour préparer cet atelier, nos deux intervenant·es se sont replongé·es dans le passé. Ce qui a frappé Marie-Paule Giot lors de cet exercice, c'est l'ampleur du décalage qui existait dans les « années sida » entre, d'une part, les représentations des drogues et assuétudes qu'avait le personnel d'aide et de soin et, d'autre part, les valeurs de la RdR qui ont émergé dans le contexte d'urgence sanitaire :

Nous, les acteurs des soins de santé, nous sommes sentis très bousculés par cette crise et par la prise de conscience des limites de la stratégie d'abstinence. Cela nous a amenés à repenser nos modèles d'accompagnement et de soin, et a marqué selon moi un tournant dans la prise en charge des usagers de drogues. Il fallait être très courageux pour mettre en place des initiatives de RdR telles que les opérations Boule de Neige, dans la mesure où même mon équipe considérait cela complètement irraisonnable. C'était presque la honte, non seulement d'imaginer que les usagers allaient

Ces questions ont été introduites par Marie-Paule Giot et Bruno Valkeneers puis discutées en sous-groupes. Cet article rend compte de l'ensemble des échanges en suivant trois axes : les représentations collectives d'hier et d'aujourd'hui ; le rapport de la Réduction des Risques à la loi et le coût de l'institutionnalisation.

INTERVENANT·ES :

Marie-Paule Giot, présidente du Comptoir à Charleroi

Bruno Valkeneers, porte-parole à Transit

pouvoir être, après une session d'information, des personnes ressources pour leurs pairs, mais en plus d'oser vouloir les rémunérer.

Ces représentations stigmatisantes charriaient leur lot de croyances erronées quant aux comportements de consommation. Grâce à l'écoute et aux échanges avec les personnes utilisatrices de drogues, autorisés par ce changement de paradigme, ces croyances ont pu être remises en cause et faire place à de nombreux enseignements.

Bruno Valkeneers, de son côté, s'est penché sur les débats parlementaires de l'époque et en ressort avec un constat : le discours dominant n'a pas évolué d'un iota. On y faisait et fait encore référence aux usages de drogues de rue comme des « nuisances publiques », on augurait et augure encore un « appel d'air » à chaque tentative d'ouverture d'un dispositif d'accueil et de soin. Face aux mêmes arguments dans le chef

des autorités locales, Le Comptoir de Charleroi a dû renoncer à mettre sur pied la salle de consommation à moindre risque qu'elle tente d'ouvrir depuis 13 ans. À défaut d'une salle fixe, les travailleur·ses et leur public auront droit à un bus de consommation. Il est à noter que ces discours ciblent les personnes utilisatrices de drogues les plus visibles, c'est-à-dire celles qui sont exclues socio-économiquement et qui doivent donc consommer en rue. On le constate actuellement avec le focus médiatique sur « l'explosion de la consommation de crack » à Bruxelles, alors que la consommation de cocaïne est en augmentation également parmi les classes sociales supérieures⁸⁷).

À l'opposé des discours stigmatisant les usager·ères, Bruno Valkeneers constate avec optimisme un changement d'approche au niveau de l'Organisation des Nations Unies, où la notion de respect des droits humains fondamentaux est désormais indissociable du travail sur les questions de drogues. L'institution recommande également de construire les politiques en matière de drogues sur des vérités scientifiques et de *evidence based*, pratique fondée sur des preuves qui s'inscrit elle aussi à l'opposé du régime des idées reçues.

L'idéal d'abstinence continue cependant de guider la plupart des politiques liées aux assuétudes, servant de fondation à la stratégie prohibitionniste. Pour Bruno Valkeneers, cet idéal s'inscrit dans les impératifs de productivité qui dominent notre société, ciblant les drogues comme élément perturbateur. La guerre aux produits illicites s'est transposée en guerre aux usager·ères, au sein de laquelle la Réduction des Risques tente de faire valoir leurs droits.

La confrontation de la Réduction des Risques au cadre légal

Le cadre légal dans lequel s'inscrivent les actions de RdR drogues reste encore très fragile aujourd'hui en Belgique, et les autorisations obtenues au fil des années ont dû être soutirées au système prohibitionniste par le terrain. Ainsi, dès les années 70, les militant·es ont construit et



normalisé des pratiques illégales que la législation a été contrainte d'intégrer, parfois des décennies plus tard : délivrance de méthadone, comptoirs d'échange de seringues, testing de produits...

Pour Marie-Paule Giot, c'est le contexte de tension de l'époque qui explique ce recours généralisé à l'action directe : jusque dans les années 90, l'antagonisme entre les tenants de la prohibition et les défenseur·ses des droits des usager·ères était beaucoup plus explicite qu'aujourd'hui. Cependant, encore très récemment, la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) de Belgique « Sâf'ti First » a ouvert en 2018 à Liège sans aucun cadre légal, bien que couverte par des accords tacites avec les autorités judiciaires. La première SCMR bruxelloise, le Gate, était également prête à ouvrir sans législation en 2022, avant que la Région ne vote finalement une ordonnance rapidement suivie d'une modification de la loi fédérale.

⁸⁷ Carter, Dylan. « Middle-class cocaine use overlooked amidst Brussels crack epidemic ». Brussels Times. 21 septembre 2023. <https://www.brusselstimes.com/brussels/700990/middle-class-cocaine-use-overlooked-amidst-brussels-crack-epidemic>

Au regard de toutes ces années de plaidoyer, de soins, d'innovations, d'activisme et de répression, les victoires législatives de la RdR semblent bien maigres : il s'agit d'exceptions qui viennent s'inscrire dans la Loi de 1921 sur les stupéfiants, fondamentalement prohibitionniste⁸⁸⁾. Ces modifications sont généralement apportées aux articles 2 et 3 de la Loi, et viennent imposer un contrôle sur les pratiques visées par l'exception (voir les exemples encadrés).

La délivrance illégale de méthadone par des médecins généralistes et l'affaire Baudour⁸⁹⁾, qui a marqué un tournant dans la RdR, sont un exemple parlant de ce procédé. Ce sont les at-

tendus du procès du docteur Baudour (les motifs donnés par les juges de première instance en 1984) qui ont servi de cadre légal sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO) jusqu'en 1994. Cette année-là, le Ministre de la Santé initie une conférence de consensus⁹⁰⁾ lui permettant de définir un encadrement des TSO tout en évitant une intervention législative dans le domaine médical. En 2004, le législateur prend un arrêté royal réglementant le traitement de substitution⁹¹⁾ basé sur le contenu de la conférence de consensus mais qui vient apporter une nouvelle contrainte, décourageante : l'obligation pour les médecins de suivre une formation spécifique pour pouvoir délivrer des TSO.

⁸⁸⁾ Pour en savoir plus : <https://stop1921.be/fr/>

⁸⁹⁾ Saal, Caroline. « Méthadone : mémoires d'une désobéissance médicale ». Prospective Jeunesse n°83. Octobre 2018. <https://prospective-jeunesse.be/articles/methadone-memoires-dune-desobeissance-medicale/>

⁹⁰⁾ « Une conférence de consensus est une réunion entre pairs, experts, praticiens de terrain dont l'objectif est de déterminer un consensus scientifique et éthique sur une question. Démarche récurrente en médecine, elle se base sur l'état des connaissances pour définir un cadre commun de bonnes pratiques. » – ibidem.

⁹¹⁾ Etaamb. « Arrêté royal réglementant le traitement de substitution du 19 mars 2004 ». https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-19-mars-2004_n2004022318.html

Article 3, § 4 : « Ne peuvent être sanctionnés, en vertu du paragraphe précédent, les traitements de substitution dispensés par un praticien de l'art de guérir.

On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient.

La liste des substances stupéfiantes et psychotropes sous forme médicamenteuse autorisées pour le traitement de substitution est déterminée par le Roi sur proposition du Ministre qui à la Santé publique dans ses attributions.

Sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, le Roi détermine, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, les conditions relatives à :

- la délivrance et l'administration du médicament ;*
- l'enregistrement du traitement par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement moyennant le respect de la réglementation relative à la protection de la vie privée.*

Pour les substances médicamenteuses qu'il détermine, le Roi prévoit, sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, des conditions concernant :

- le nombre de patients pouvant être pris en charge, par médecin ;*
- l'accompagnement du traitement et la formation continue du médecin ;*
- la relation que le médecin prescripteur établit avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins. – L 2002-08-22/48, art. 2, 005 ; En vigueur : 11-10-2002 »⁹²⁾*

⁹²⁾ 24 FEVRIER 1921 – Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes. Moniteur belge du 06-03-1921 page : 1834. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1921/02/24/1921022450/justel>

Note au § 1er de l'article 3 : « [Ne sont également pas soumis à l'application de l'alinéa premier, ceux qui, dans des espaces de consommation à moindre risque reconnus par le pouvoir public ou le pouvoir local compétent, facilitent l'usage à autrui de substances visées à l'article 2bis, § 1er dans un but de prophylaxie contre les maladies contagieuses ou plus généralement de réduction des risques sanitaires ou sécuritaires liés à cet usage.] – L 2023-03-21/03, art. 2, 024 ; En vigueur : 01-09-2023 »⁹³⁾

⁹³⁾ ibidem.

La RdR engluée dans le cadre prohibitionniste

L'institutionnalisation des structures de RdR, qui garantit les salaires de ses travailleur·ses et la continuité de son offre, a donc eu un certain coût en matière de liberté d'action. Les conséquences de cette intégration aux politiques de santé publique sont aussi d'ordre politique : comment faire valoir ses revendications face aux pouvoirs dont elle dépend ?

Selon Bruno Valkeneers, un premier risque encouru par le secteur est celui d'intégrer le discours de criminalisation tenu par les autorités :

On sait bien que ce qui a pesé dans le débat sur les salles de consommation, c'est de mettre en avant l'idée que ça évite la présence de seringues dans l'espace public, et que ça va le pacifier. C'est vrai et ça fait avancer les choses, mais ça nous détourne de l'objet central qui est de questionner le caractère licite ou illicite des substances, leurs usages, la part de liberté individuelle...

Ensuite, en acceptant d'agir dans un cadre prohibitionniste qui maximise les risques pour l'usager·ère, la RdR finit par travailler sur les risques induits par ce système davantage qu'aux risques intrinsèques à certains produits : frelatage, absence d'éducation sans tabous... Au point où l'on se demande si on ne

devrait pas plutôt parler de Réduction des Risques liés à la prohibition des drogues.

Enfin, toujours selon Bruno Valkeneers, la RdR ainsi récupérée et limitée par la loi peut se transformer en un « facteur de dynamisation de la prohibition », dont les actions pansements permettent au système

de se maintenir et nous empêchent de voir le principal problème de la criminalisation : la stigmatisation des usager·ères.

Si la Réduction des Risques cautionne la prohibition, est-ce une raison pour ne pas en faire ? Non, pour les participant·es à l'atelier, la Réduction des Risques est une politique de santé publique qui vaut sous la prohibition et qui vaudra tout autant lorsque la prohibition ne sera plus. En attendant, on pourrait répondre à la question du rapport de force de la RdR face aux autorités en interrogeant la place des usager·ères non-salarié·es dans la RdR. Les jobistes de la Réduction des Risques continuent en effet d'endosser leur rôle citoyen et militant dans de nombreux milieux de consommation, où la lutte contre les préjugés et la stigmatisation reste centrale et d'actualité.



Conclusion

La Réduction des Risques le sait : pour évoluer, elle doit prendre des risques. Elle doit trouver un second souffle avec les nouvelles générations d'usager·ères, et le défi de transmission est de taille. Il s'agit de leur insuffler des valeurs, des pratiques et des leçons historiques tout en laissant place à leur créativité.

A l'issue de ces échanges sur le passé, le présent et le futur de la militance en Réduction des Risques, deux lignes directrices se sont dégagées :

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Replacer la parole des personnes utilisatrices de drogues dans sa portée collective, afin d'intégrer celles-ci aux politiques de santé publique globales et de rétablir leur citoyenneté.
- ⇒ Faire évoluer le cadre législatif (la loi de 1921 sur les stupéfiants) afin de réduire les risques inutiles engendrés par la prohibition.



Cet article est basé sur les échanges tenus au sein de l'atelier 8 « Militance dans la Réduction des Risques : les enjeux de demain » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation : Jean-Philippe Hogge (Modus Vivendi)

Synthèse : Ariane Close (Modus Vivendi)

Merci aux participant·es pour leur attention, leurs remarques et leurs questions.

La Réduction des Risques en milieu rural, à partir du cas de la province de Luxembourg

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 9 « DROGUES ET MONDE RURAL », RÉDIGÉ PAR PAMELA CISELET

Les quelques études consacrées à la consommation de drogues en milieu rural⁹⁴⁾ démontrent sa spécificité et témoignent de fortes évolutions ces dernières années, notamment suite aux migrations des villes vers les campagnes. On y montre également qu'il ne suffit pas d'exporter les grilles d'analyses issues des contextes urbains et semi-urbains pour comprendre le milieu rural en matière de drogues. Il est notamment reconnu que précarité et pauvreté ne se déclinent pas de la même manière en ville et à la campagne.

L'atelier « Drogues et monde rural » s'est intéressé aux spécificités des consommations de drogues en milieu rural, principalement à partir des expériences de travail de Marie Sainlez, responsable d'ODAS Coordination⁹⁵⁾ à Etalle et de Boris Hermand, coordinateur du Drugs'care⁹⁶⁾ à Arlon. La discussion s'est concentrée sur

les pratiques actuelles de Réduction des Risques dans la province de Luxembourg, et s'est ouverte sur les potentialités à développer en contexte rural. Jean Michel Planche, psychologue au Projet MAÏA à Chapelle-Lez-Herlaimont, et Dominique David, du service de Prévention de la Ville de Mons, étaient personnes ressources parmi le public.

La problématique a été abordée sous différents angles :

- L'impact des représentations et des stigmatisations autour des drogues en milieu rural, notamment parmi les professionnel·les de la santé et les autorités locales ;
- Les pratiques de consommation locales ;
- La disponibilité de l'offre sanitaire (RdR, accompagnement et accès aux dispositifs).

INTERVENANT·ES :

Boris Hermand, Drugs'care – CAL Luxembourg

Marie Sainlez, ODAS Coordination à Etalle

PERSONNES RESSOURCES :

Dominique David, Ville de Mons

Jean Michel Planche, Projet MAÏA à Chapelle-Lez-Herlaimont

⁹⁴⁾ Voir notamment « Intervenir en milieu rural », Prospective Jeunesse, 2018, n°81, <https://prospective-jeunesse.be/revues/intervenir-en-milieu-rural/>

⁹⁵⁾ Lieu d'accueil et d'écoute ouvert à toute personne consommatrice, proche ou autre préoccupée par une question touchant aux drogues et assuétudes ou une question liée à la jeunesse. ODAS Coordination offre ses services aux communes de la région de Gaume, dans le sud de la province de Luxembourg. https://lureso.be/page/fiche.php?id=1672&nom=Odas_Coordination

⁹⁶⁾ Service d'aide et soins spécialisés en assuétudes du Centre d'Action Laïque de la province de Luxembourg. <https://www.calluxembourg.be/nos-services/drugscare/>

Le contexte spécifique de la province de Luxembourg

La province de Luxembourg se caractérise par une forte fracture socio-économique : schématiquement, les communes les plus riches, proches de la frontière luxembourgeoise, sont séparées des communes plus pauvres par l'autoroute E25⁹⁷⁾. Les habitant·es des zones précarisées et

isolées de la province rencontrent de grandes difficultés liées à la mobilité, qui ont de multiples conséquences notamment en matière d'accès aux soins :

⁹⁷⁾ Pour en savoir plus sur ces réalités : Vandemeulebroucke, Martine. « La pauvreté oubliée des provinces riches ». Alter Echos, 2023, n° 508. <https://www.alterechos.be/la-pauvrete-oubliee-des-provinces-riches/>

La personne, si elle loupe le seul bus de la journée, elle va faire du stop ou elle viendra la semaine suivante. Les transports c'est impossible, c'est pour ça que j'interviens quasiment exclusivement à domicile. – Marie Sainlez

Faibles densités de population et de services

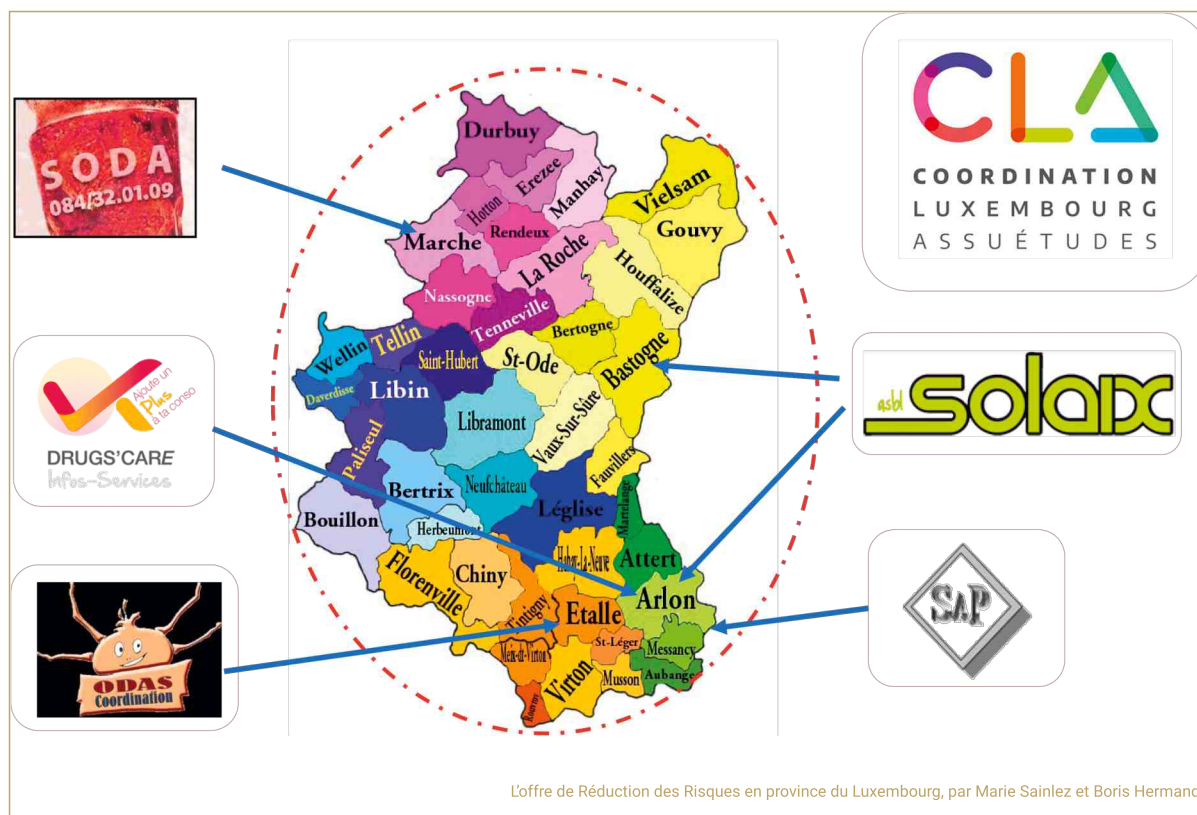
Difficiles d'accès, les services d'aide et de soins en matière d'assuétudes sont aussi peu nombreux (voir carte ci-dessous). Les services ambulatoires ODAS, SODA⁹⁸⁾ et SAP⁹⁹⁾ fonctionnent chacun avec un-e seule travailleur-se pour couvrir respectivement les territoires de 8, 12 et 5 communes. L'asbl Solaix gère deux centres d'aide et de soins agréés et Drugs'care, centré sur Arlon, se spécialise en Réduction des Risques liés à l'usage des drogues. C'est là que l'on trouve le seul comptoir d'échange de seringues de la province, et que sont organisées les opérations Boule de Neige¹⁰⁰⁾ en partenariat avec Modus Vivendi. Le faible nombre de services et les difficultés d'accès sont aussi la réalité relayée par Dominique David pour le Borinage et Jean Michel Planche pour les campagnes hennuyères.

Être en si petit nombre face à une population de 300 000 personnes amène ces travailleur-ses à se montrer extrêmement polyvalent-es et oblige une solidarité entre institutions locales. Celle-ci ne se limite pas aux associations assuétudées, et s'étend au réseau 107 ProxiRéLux¹⁰¹⁾, à la Justice, la Police et les CPAS. De cet échange interdisciplinaire émerge un début de consensus sur l'accompagnement des personnes utilisatrices de drogues.

Quelques chiffres sur la province :

- 64 habitant-es par km² (Région bruxelloise = 7 528 hab/km²)
- 293 647 habitant-es au 1er janvier 2023
- Taux de chômage inférieur au reste de la Région wallonne
- Taux de chômage plus élevé chez les 18-24 ans
- Zone transfrontalière : France et Luxembourg

Un aspect consensuel par excellence est l'impératif de l'anonymat dans la prise en charge, dans un contexte où tout le monde connaît tout le monde. On parle alors d'actions locales soumises à discrétion. Pour les consultations comme pour



⁹⁸⁾ Soutien et Orientation des Dépendances et Assuétudes, Marche-en-Famenne. <https://pssp.marche.be/>

⁹⁹⁾ Service d'Accueil et de Prévention, Aubange. https://www.lureso.be/page/fiche.php?id=5665&nom=Service_d_Accueil_et_de_Prevention

¹⁰⁰⁾ Interventions menées en rue auprès des publics consommateurs les plus marginalisés avec des jobistes qui, après une formation, jouent un rôle de contact et de passation des informations auprès d'autres usager-ères. <https://modusvivendi-be.org/nos-actions/services-destines-aux-professionnelles/boule-de-neige/>

¹⁰¹⁾ Le terme « réseau 107 » est utilisé pour désigner un ensemble de professionnels qui travaillent en réseaux multidisciplinaires dans le but d'offrir des soins de santé mentale centrés sur le milieu de vie. Le réseau ProxiRéLux fonctionne depuis 2016 dans la province. <https://www.reseau-proxirelux.be/>

« l'aller vers » (*outreach*), il faut prêter attention à préserver les bénéficiaires de l'étiquette stigmatisante de « drogué-e » voire de « toxicomane ». Certaines structures multiplient les services proposés pour brouiller les pistes :

– *Il a aussi des problèmes celui-là avec la drogue ?*

– *Non pas du tout, il vient chercher des bouchons d'oreilles.*

Drogues et représentations

Ce jeu des réputations n'est pas ce qui frappe en premier les néo-ruraux·ales, plutôt bluffé·es par la très grande disponibilité du crack et de la méthadone, que « tout le monde prend ici ». Un constat appuyé par la dernière étude en date sur la province, qui notait en 2007 l'émergence de nouvelles consommations d'opiacés¹⁰². Elle avait observé une part importante de 18-25 ans dans les personnes en traitement de substitution en province du Luxembourg, une situation plutôt



rare que l'on retrouve également au Grand-Duché voisin. La personne qui consommait par injection dans les années 80 et qui suit son traitement méthadone depuis 30 ans n'est plus le profil majoritaire dans ces régions. Le service ODAS Coordination est d'ailleurs né en 2002 suite à une série d'overdoses mortelles chez des jeunes de 18 ans.

La consommation de drogues chez les plus jeunes prend aussi sa place lors des nombreuses free-parties organisées dans les forêts locales. Les services du Drugs'care y sont fréquemment sollicités pour l'organisation de stands de Réduction des Risques, souvent en collaboration avec le CAARUD¹⁰³ de Charleville-Mézières (Ardenne française). Ces fêtes, qui rassemblent un mix entre population locale et personnes venues des Pays-Bas ou de France, sont le lieu de premiers contacts avec les produits de synthèse.

Les moyens financiers (l'argent de poche) dont disposent les jeunes dans les communes les plus riches sont un autre facteur favorisant leur consommation, dans une société où la prise de cocaïne est associée à l'élite et dans des familles dont les parents, travaillant au Grand-Duché, sont très absents. L'accès au crack est lui aussi facilité dans la région, avec une baisse des prix suite à la dissémination d'antennes de production localisées dans les petits villages¹⁰⁴ :

On voit vraiment le trafic se démultiplier. On ne peut pas assurer des antennes locales un peu partout pour nos services, par contre côté dealers y a pas de problème à le faire. – Marie Sainlez

En toile de fond de ces développements : la banalité de l'alcool, voire sa valorisation. Le constat est partagé dans les régions de Mons et de Charleroi, que Jean Michel Planche associe comme « régions de carnivals, où ce folklore fait souvent l'objet d'une grande beuverie ».

L'alcool est notre drogue culturelle, il faut savoir en boire. Il ne faut surtout pas avoir de problème avec, surtout quand on est une femme, mais il faut savoir en boire. – Marie Sainlez

¹⁰² Ledoux, Yves (dir.). « Enregistrement national des traitements de substitution (ENTS), rapport annuel 2007 ». IPHEB asbl – IFEB VZW. Décembre 2007. <https://www.reseaualto.be/upload/Image/Documents-de-reference/Enregistrement-national-des-traitements-de-substitution-%E2%80%93-Rapport-annuel-2007.pdf>

¹⁰³ En France, un CAARUD est un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues. Les CAARUD sont financés par l'Assurance Maladie et sont portés par des associations ou des établissements publics de santé.

¹⁰⁴ Il est devenu impossible d'obtenir des données scientifiques sur ces tendances observées, car il n'y a plus d'études financées sur la province. La Police, quant à elle, ne dispense d'informations que sur les coups de filet menés par ses services, principalement en ville.

Cette normalisation de l'alcool s'opère aussi par contraste avec les autres produits psychotropes, en mobilisant son classement légal. Ainsi, c'est sur cette base que la consommation de cannabis est fortement stigmatisée et qu'on entend couramment, en entretien avec les parents, qu'il vaudrait mieux pour la progéniture de « se prendre une bonne cuite » que de fumer des joints. Selon nos intervenant-es, ces propos reflètent les priorités et les représentations des décideurs politiques locaux, qui affectent les moyens publics à la répression de l'usage de drogues illicites et dont les représentations en matière d'assuétudes « ont vingt ans de retard » : remise en doute de la prescription de méthadone par les médecins, Réduction des Risques qualifiée d'incitatrice à la consommation... Sensibiliser les autorités en place est un travail énergivore pour les associations, à recommencer de zéro avec chaque nouveau-elle mandataire.

L'usager de drogues illicites, dans leur imaginaire, c'est le clodo avec une seringue dans le bras. On n'envisage pas le banquier qui consomme de la cocaïne en fin de journée ou le samedi. – Marie Sainlez

Pendant ce temps, à l'occasion des fêtes du Maitrank à Arlon, l'eau de la fontaine publique est remplacée par ce vin aromatisé local, entre

autres manifestations de ce deux poids, deux mesures (voir illustration). On observe la même ritualisation de l'alcool côté Gaume, avec la bière trappiste Orval.

Stigmate et exclusion

La stigmatisation des personnes utilisatrices de drogues cible principalement les « usager-ères de rue », touchant beaucoup moins les « usager-ères de salon » qui ont de bons revenus. Le jugement moral qui s'opère est mêlé de mépris de classe : *cette personne, délinquante de surcroît, est pauvre, car elle met tout son argent dans la consommation.* Or les personnes sans chez-soi et hyper précarisées sont minoritaires parmi les bénéficiaires d'ODAS Coordination, qui reçoit « beaucoup de gens très riches ». Cette mise au ban des consommateur-ices pauvres a de graves impacts en termes d'accès à l'emploi, au logement et aux soins.

Le logement est un besoin qui n'est pas pourvu pour toutes et tous dans la province. Les prix de l'immobilier, boostés par la proximité avec le Grand-Duché, explosent :

Juste une chambre en collocation, c'est 650 €. Un appartement pour une personne seule c'est autour de 1 000 €. En face, des gens qui n'ont pas ou peu de revenus, et peu d'accès à l'emploi. – Marie Sainlez



D'après le « Dénombrement du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi » mené par la Fondation Roi Baudouin en 2020 à Arlon, 218 personnes dont 69 enfants se trouvaient dans l'une ou l'autre de ces situations¹⁰⁵). Un relevé à l'échelle de la province est en cours de préparation, impulsé par le Relais social intercommunal, qui fournira des chiffres harmonisés et permettra de « visibiliser une partie du sans-abrisme caché, probablement le plus représenté en milieu rural »¹⁰⁶). En attendant et en cas d'urgence, le seul abri de nuit de la province du Luxembourg

¹⁰⁵ Hermans, Koen et Italiano, Patrick. « Dénombrement du sans-abrisme et de l'absence de chez soi – Rapport local – Arlon ». 2021, p.18. ISBN : D/2848/2021/07. <https://kbs-frb.be/fr/denombrement-du-sans-abrisme-et-de-labsence-de-chez-soi-rapport-local-arlon>

¹⁰⁶ Relais Social Intercommunal de la province de Luxembourg. « Projets spécifiques ». Consultée le 30 novembre 2023. <https://www.relais-social-luxembourg.be/projets-sp%C3%A9cifiques>

se trouve à Arlon et compte environ 16 lits, pour lesquels il y a donc chaque jour un tirage au sort afin d'attribuer les places disponibles la nuit.

Concernant l'accès aux soins, toujours à Arlon, l'installation d'un container pour l'échange de seringues sur le site de l'hôpital avait provoqué un tollé. Certain·es personnes utilisatrices de drogues s'y sont vues refuser une prise en charge pour ce motif, et d'autres ont subi des discours culpabilisants tout au long de leur visite. Après de telles maltraitements, tout un travail de reconstruction de la confiance envers les structures de soins est à faire auprès de ces personnes.

Ce rapport de confiance entre la personne utilisatrice de drogues et les services d'accompagnement et de soin, fondamental en Réduction des Risques, est permis par le principe de non-jugement¹⁰⁷. Or la plupart des élu·es locaux·ales n'envisagent qu'une issue pour ce public : l'abstinence.

L'abstinence c'est le Saint Graal. Or nous-mêmes ne sommes pas abstinents. Quand on sort du Conseil communal, on reçoit un Orval. Je me suis fait virer d'un collègue échevinal parce que j'ai dit que l'alcool – et donc l'Orval – était aussi une drogue. – Marie Sainlez

Ce déni des vérités scientifiques et des besoins de la population met la Réduction des Risques et ses (potentielles) bénéficiaires en danger dans « un contexte où elle est déjà rendue difficile par le peu d'accès à la culture, qui maintient les personnes dans leurs milieux et leurs pratiques » (Jean Michel Planche).

Les perspectives en matière de Réduction des Risques

Les caractéristiques locales précitées, identifiées comme des freins à la promotion de la santé par la Réduction des Risques, peuvent être tournées en forces ou en objectifs de travail. Ainsi le réseau des acteur·ices en matière d'assuétudes doit-il se montrer solidaire face au sous-financement, ce qui crée une forme de consen-

sus et permet la mise en place de projets communs tels que les maraudes précarité « Salut à Toit » à Virton¹⁰⁸, ou le GT assuétudes au sein du réseau 107.

Les soutiens politiques, rares mais existants, permettent l'aboutissement de larges initiatives telles que le Plan Fête¹⁰⁹, un projet de Réduction des Risques en milieu festif sur toute la province de Luxembourg. Une cinquantaine de travailleur·ses de différents horizons (jeunesse, assuétudes, administrations communales) se sont réuni·es pour mettre au point un Plan alcool provincial suite au capotage du Plan national. Le Plan Fête traite finalement de toutes les consommations et rassemble de nombreux services (maisons de jeunes, services de santé...) ainsi que des politiques de la province. Il outille les organisateur·ices d'événements et s'attache à



¹⁰⁷ Plate-forme de RdR. « Charte de la Réduction des Risques ». <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>

¹⁰⁸ Lureso.be – Répertoire social et santé. « Salut à Toi ». Consultée le 4 décembre 2023. https://www.lureso.be/page/fiche.php?id=15340&nom=Salut_a_Toit

¹⁰⁹ <https://planfete.org/>

mettre en pratique la Réduction des Risques au point de vue de l'alcool, des drogues, de la sexualité, de l'audition, des discriminations, etc.

Les problèmes de mobilité et la nécessité d'aller vers les usager·ères appellent à leur tour les services à s'adapter, leur demandant de faire preuve de polyvalence et de créativité. Une des pistes est d'outiller les personnes qui sont déjà en lien avec le public cible. C'est ainsi que le « Projet Méthadone », mené avec des pharmaciennes du sud de la province, vise à pallier aux risques entraînés par les échanges de méthadone en rue en indiquant clairement la posologie des différentes gélules.

Enfin, le fait que tout le monde se connaisse dans les villages permet de faire fonctionner le bouche-à-oreille, ce qui facilite le lien de con-

fiance avec les usager·ères. Cela encourage également le développement de la pair-aidance, notamment à travers les actions Boule de Neige.

Conclusion

La Réduction des Risques s'inscrit dans une approche de promotion de la santé, et tout intervenant social travaille au mieux-être des bénéficiaires. En ce sens, la Réduction des Risques a sa place partout où nous intervenons. – Marie Sainlez

Ce « mot de la fin » introduit parfaitement les différentes recommandations concernant la mise en œuvre de la Réduction des Risques en milieu rural qui ont émergé lors des échanges entre les participant·es de l'atelier :

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Intensifier l'« aller vers » et développer la Réduction des Risques dans les différents milieux de fête et de vie : rue, prison, fêtes foraines, clubs de foot, bars, mouvements de jeunesse, lieux de prostitution, etc.
- ⇒ Poursuivre la sensibilisation des intervenant·es à différents niveaux : les institutions partenaires tels les CPAS, la police, les AMA¹¹⁰), les Maisons de justice, etc. en vue qu'elles intègrent la Réduction des Risques dans leur pratique ; les personnes utilisatrices de drogues, mais aussi la population générale, les politiques et pouvoirs subsidiants, les délégué·es syndicaux·ales voire les dealers.
- ⇒ Renforcer les moyens et les équipes des structures existantes, pour qu'elles puissent continuer et étendre leurs différents projets et développer des axes supplémentaires tels que l'intervention précoce, le testing de produits¹¹¹), la « déritualisation » de l'alcool, etc.

¹¹⁰) « La Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris (AMA) fédère des institutions assurant l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement d'adultes et de familles en difficultés psychosociales mais aussi des personnes morales ou physiques actives dans le domaine de l'aide et de l'accueil de personnes en grande précarité sociale. » – <https://www.ama.be/lama/>

¹¹¹) Étant donné l'absence de structure de testing dans la région, c'est Sciensano qui fait le déplacement depuis Bruxelles pour récolter les quelques échantillons auprès des services locaux. En France, les produits peuvent être envoyés par la poste vers les opérateurs de testing.

Cet article est basé sur les échanges tenus au sein de l'atelier 9 « Drogues et monde rural » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation : Ariane Close et Jean-Philippe Hogge (Modus Vivendi)

Synthèse : Ariane Close (Modus Vivendi)

Merci aux participant·es pour leur attention, leurs remarques et leurs questions.

Communication digitale : trouver le bon ton pour relayer les contenus de Réduction des Risques

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 10 DU MÊME NOM, RÉDIGÉ PAR PAMELA CISELET

Le développement du numérique et la multiplication des canaux de communication digitale représentent un sérieux défi pour les projets de Réduction des Risques. S'il était encore possible, il y a quelques années, de considérer les réseaux sociaux comme un canal annexe où partager les activités principales et les communications classiques de nos structures, une présence en ligne constitue aujourd'hui un projet à part entière qui demande une réflexion stratégique et de dégager de nouveaux moyens. La complexification de la communication digitale – développement des fonctionnalités, codes spécifiques à chaque outil, tyrannie des algorithmes et visibilité payante – entraîne ainsi une pression à la professionnalisation.

À son tour, la crise de la COVID-19 avait révélé les bénéfices de ces plateformes pour nos structures, nous permettant de maintenir le contact avec notre public et, plus progressivement, de toucher des personnes hors de portée pour nos actions de terrain. Cependant, communiquer sur la Réduction des Risques aujourd'hui c'est encore risquer d'être accusé d'incitation à la consommation.

Plus Belle la Nuit – désormais KEPS – projet d'e-RdR par l'association Bus 31/32 à Marseille

Victor Martin et Maxime Meyer, Bus 31/32

Le Bus 31/32 de Marseille porte un projet de Réduction des Risques et de prévention sur les espaces numériques, dite e-RdR, d'abord à travers les réseaux sociaux du projet « Plus Belle La Nuit » puis, dès janvier 2024, via le média KEPS¹¹²⁾. Aux commandes d'une page Facebook,

Dans ce contexte, des salarié·es et bénévoles s'emparent des outils numériques pour transmettre leurs messages de promotion de la santé via des comptes sur les réseaux sociaux et les applis de rencontre, ou en construisant leur propre forum ou application mobile. Cet article met en lumière quatre de ces initiatives, dont les protagonistes sont venu·es nous partager les expériences et astuces.

INTERVENANT·ES :

Julien Anthouard, coordinateur numérique à l'association Ithaque à Strasbourg et partenaire de l'application KnowDrugs pour la France

Serena Garbolino, modératrice bénévole sur PsychoActif.org

Philipp Kreicarek, développeur de l'application KnowDrugs

Antoine Leux, agent de terrain Wallonie chez Ex Æquo

Victor Martin, responsable du pôle ressource et chargé des projets innovants chez Plus Belle la Nuit – désormais KEPS

Maxime Meyer, intervenant en e-RdR et community manager chez Plus Belle la Nuit / KEPS

d'un compte Instagram, d'une chaîne YouTube et d'un TikTok, l'équipe échange continuellement avec des personnes de toute la francophonie.

Grâce à une stratégie de communication oscillant entre humour et information, l'association



s'attelle à l'animation des réseaux. Constatant l'existence de nombreuses « pages de mèmes¹¹⁴⁾ à la con » (sic.) relatifs à la fête et à la drogue, qui véhiculent énormément de clichés et valorisent des prises de risques, iels ont décidé de prendre le contre-pied en adoptant ces outils à des fins de RdR. Iels postent du contenu chaque

se tient visible sur Internet et est donc repérable (et repérée) par les personnes qui s'interrogent sur leur consommation, leurs prises de risques, ont des demandes d'information, d'orientation, etc., majoritairement âgées de 15 à 35 ans. En somme, une ambition de centre d'accompagnement numérique à la Réduction des Risques à échelle nationale.

Trois objectifs ont été définis afin de faire financer ce projet et d'orienter la production de contenus :

- Faire connaître les services existants et les informations de RdR, en développant leur attractivité ;
- Faciliter l'accès aux services de prévention et de soin, en orientant les usager·ères ;
- Atteindre des populations plus éloignées et vulnérables, notamment celles qui se situent dans la « diagonale des faibles densités »¹¹³⁾ en France où l'on peut se faire livrer de la drogue et prendre tout autant de risques qu'ailleurs mais où les structures de soin sont moins nombreuses.

Une équipe de 4 travailleur·euses, avec le soutien d'une psychologue et d'une journaliste,

jour, afin de rester visibles, en variant les formats : définitions, témoignages, focus culture, mèmes... sans oublier de visibiliser les petites structures du réseau présentes sur tel ou tel territoire. L'humour reste leur outil de communication principal, à manier avec précaution :

Il faut rendre une information sexy et il n'y a pas grand-chose de plus sexy que le rire. Si on ne veut pas tomber dans des écueils un peu bizarres, il faut se mettre plein de limites. – Victor Martin

Dans les mèmes de KEPS, vous ne trouverez donc ni personnages politiques, ni images stéréotypantes à la mode, ni ciblage communautaire. Si la tendance est à détourner l'image d'Éric Zemmour à des fins humoristiques, on évitera de surfer dessus et d'ainsi contribuer à la banalisation de sa présence dans l'espace médiatique. Ces garde-fous permettent aussi d'éviter de longs débats sans rapport avec le contenu du message, et de ne pas fermer la porte à des personnes en désaccord politique et qui auraient besoin de RdR. La source de leurs mèmes est donc la « pop culture pure et dure », avec une majorité de productions issues des dessins animés comme Les Simpson ou South Park, des jeux vidéo, de vieilles photos.

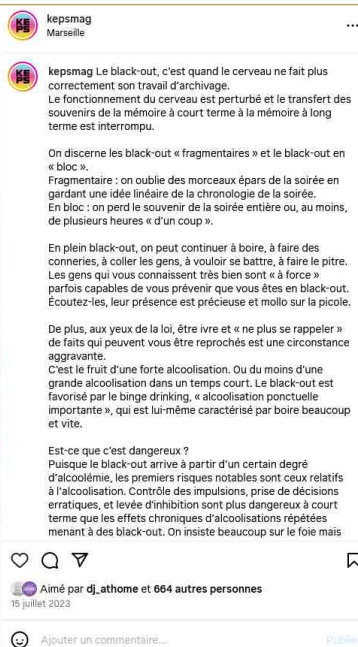
¹¹³⁾ « large bande du territoire français allant de la Meuse aux Landes où les densités de population sont relativement faibles par rapport au reste de la France » – Contributeur·ices de Wikipédia, « Diagonale du vide », Wikipédia, l'encyclopédie libre, https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Diagonale_du_vide&oldid=208924586 (Page consultée le 22 octobre 2023).

¹¹⁴⁾ « Un même Internet est un élément ou un phénomène repris et décliné en masse sur Internet. Il prend souvent la forme d'une photo légendée, d'une vidéo, d'un gif animé ou d'un son. Le terme est une francisation de l'anglais « Internet meme ». » – Contributeur·ices de Wikipédia, « Mème Internet », Wikipédia, l'encyclopédie libre, https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A8me_Internet&oldid=209063440 (Page consultée le 27 octobre 2023).

TA TÊTE QUAND ON TE RACONTE QUE T'AS ÉTÉ EN BLACKOUT HYPER TÔT ET QUE TU ÉTAIS INGÉRABLE (ENCORE)



Visuel publié sur le compte Instagram de KEPS/PBLN le 15 juillet 2023



Répéter plusieurs fois un même message, en changeant d'illustration par exemple, est tout à fait permis avec cette file active potentiellement infinie. Il faut cependant éviter de lasser sa communauté, qui risquerait de se désabonner et de ne plus se faire le relais de votre communication.

Maxime Meyer

Iels diversifient donc également les thématiques traitées, au-delà de la RdR drogues et du contexte marseillais marqué par la consommation de rue, en promouvant le consentement, l'antiracisme et les droits LGBTQIA+. Afin d'aborder certaines thématiques plus en profondeur, un appel à témoignages peut être lancé pour partager la parole des usager·ères sur le sujet. Ces publications suscitent beaucoup de retours : du côté des auteur·ices, sur les bienfaits d'avoir pu confier son vécu puis de le voir être publié ; du côté des abonné·es, l'identification est très forte et suscite la confiance ce qui donne lieu à de nombreux messages.

Que les gens se marrent et aient de l'info c'est sympa, mais il faut surtout qu'ils sachent que des personnes concernées sont prêtes à leur donner du temps. – Victor Martin

En parallèle de son travail de publication, l'équipe de KEPS doit donc être accessible par messagerie et réactive en commentaires. Il ne s'agit pas simplement de « faire du like », car l'objectif de toute cette communication est de s'entretenir avec les personnes usagères de drogues.

Le plus important c'est de montrer qu'on est là. Ça peut être des blagues, des questions ou des déclarations de suicide, il ne faut rien laisser passer à la trappe. Ces commentaires restent visibles, ce qui peut encourager à venir nous parler car on voit qu'il y a vraiment quelqu'un derrière le compte.

Maxime Meyer

Chaque membre de l'équipe est donc joignable sur son téléphone professionnel en message direct (DM) sur

Instagram ou via Telegram, Signal, Discord... selon le choix de l'utilisateur. Chaque semaine, iels se réunissent pour discuter du suivi et de l'orientation à donner aux échanges qui se prolongent avec certain·es abonné·es.

Se mettre ainsi à disposition du public demande un mode de gestion adapté. La plupart des membres de l'équipe ont débuté leur travail en tant que bénévoles, dans une logique de projet collectif. Aujourd'hui salarié·es, iels restent flexibles au niveau des horaires et disposé·es à répondre à une personne en détresse à 23h sur une base de volontariat. Ces méthodes de travail doivent être repensées régulièrement, ce qui requiert une certaine souplesse dans l'organisation.

De nombreuses tâches sont à répartir : définition de la ligne éditoriale, rédaction de contenus, relecture, création visuelle, contact avec les publics, production vidéo, entretiens individuels avec les usager·ères, évaluation. Le Bus 31/32 est une structure datant du début des années 90, époque où le VIH/sida décimait les populations d'usager·ères de drogue. Elle compte aujourd'hui plus de 50 salarié·es, ce qui offre à l'équipe d'animation de KEPS le soutien d'une variété de personnes fortes de formations, expériences et fonctions diverses. Rester en contact avec les collègues qui sont sur le terrain, en milieu festif par exemple, lui permet aussi de continuer à questionner ses méthodes.

Leurs astuces en bref :

- Une équipe dédiée à la communication digitale composée de plusieurs personnes sensibles et formées à la Réduction des Risques. Cette formation est prioritaire sur les compétences en communication, qui sont un plus. Le bon fonctionnement en interne repose sur le partage de valeurs et de logiques de travail communes ;
- Une flexibilité horaire des travailleur-euses pour assurer une réactivité face aux demandes d'aide qui leur parviennent ;
- Des comptes et pages visibles sur les réseaux, ce qui implique différents impératifs : poster tous les jours, varier les formats de publications, diversifier les thématiques sans hésiter à se répéter, être disponibles par messagerie, et afficher cette disponibilité par une réactivité en commentaires ;
- Le recours à l'humour, avec des garde-fous sur l'actualité ou les sujets clivants ;
- Des campagnes d'un mois mettant le focus sur une thématique spécifique : mise en valeur d'autres structures et d'autres actions sur le territoire, partenariats avec d'autres créateur-rices de contenu (santé, psychologie, sociologie, culture...).

PsychoActif.org, plateforme d'auto-support portée par l'association PsychoACTIF

Serena Garbolino, *PsychoACTIF*¹¹⁵⁾

Depuis 2008, PsychoActif a développé un forum dont l'objectif est de produire des savoirs expérientiels collectifs permettant un *empowerment* des personnes utilisatrices de drogues, à contre-courant du discours dominant qui les stigmatise. De multiples outils sont proposés sur le site [psychoactif.org](https://www.psychoactif.org) : forums, encyclopédie participative PsychoWIKI, quiz, annuaire des services existants, blogs et analyse de produits à distance.

La spécificité de PsychoActif est qu'il s'agit d'une initiative née sur Internet, partant de la réalité du web plutôt que d'une structure de Réduction des Risques existante. Cet ancrage particulier touche d'autres personnes que celles ayant accès aux services classiques. Né à une époque où les forums étaient très répandus, le site fait office d'exception par le niveau d'activité qu'il maintient jusqu'à aujourd'hui. Au moment où Serena Garbolino nous présente PsychoActif, un mardi après-midi, il y a 394 personnes non-inscrites et 10 personnes inscrites connectées sur le forum.

Le forum est une communauté d'auto-support, accompagnée d'une dizaine de bénévoles qui

gèrent le site et s'occupent de la modération. L'équipe de modération veille à ce que les échanges restent dans le cadre de la charte et de la légalité, via une plate-forme de gestion des signalements où les décisions sont prises collectivement. Concernant les propos dits d'incitation à la consommation, Serena note que « la discussion sur les bénéfices de la conso peut offrir aux personnes utilisatrices de drogues (PUD) le sentiment d'un pouvoir d'action sur leur propre vie, quand un discours limité aux seuls méfaits des drogues peut nuire à l'estime de soi ». La question du ton à adopter en matière de communication, quant à elle, ne se pose pas beaucoup quand le contenu écrit est rédigé par les 47 021 membres de la communauté.¹¹⁶⁾

Cette dynamique collective est centrale dans le fonctionnement de PsychoActif, qui repose sur leurs nombreuses contributions, réparties sur 32 forums de discussion : Alcool ; Médicaments psychotropes ; Drogues et travail ; Paroles de femmes ; Échanges entre professionnels et usagers ; Actualités, etc. Les contributeur-ices construisent ainsi depuis 15 ans un savoir expérientiel du plus grand intérêt, qui gagne actuellement en reconnaissance avec le développement du travail pair. Leur collaboration a été étudiée et décrite par des chercheur-euses comme une « communauté épistémique massive »¹¹⁷⁾, une communauté épistémique se définissant comme « une communauté qui a voca-

¹¹⁵⁾ <https://www.psychoactif.org>

¹¹⁶⁾ Chiffres au 15 novembre 2023

¹¹⁷⁾ Emmanuelle Jouet, Pierre Chappard, Troisœufs Aurélien. Addictions et apprentissages informels en ligne. Le cas du site Psychoactif.org. In O. Las Vergnas (dir), *Le e-learning informel ? Des apprentissages diffus, noyés dans la participation en ligne*, 2017, Paris : Editions les archives contemporaines, pp.127-143.

tion à produire et promouvoir de la connaissance dans un domaine donné »¹¹⁸⁾.

Le forum et les connaissances qui y sont construites alimentent aussi d'autres projets, comme les recherches scientifiques menées au sein du réseau HARENE (HArm reduction REsearch NEtwork) – réseau de recherche interdisciplinaire et communautaire sur la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, ou de la Fédération Addiction. Les discussions peuvent aussi amener à modifier la terminologie de la RdR, comme avec l'acronyme PUD – Personnes Utilisatrices de Drogues qui a émergé du forum. Ses membres estimaient qu'il n'existait pas de terme adapté pour se dénommer sans se faire enfermer dans l'usage qu'on a des drogues. Enfin, dans le cadre de l'analyse de produits à distance, qui a étendu significativement la portée de cette pratique¹¹⁹⁾, le fonctionnement collaboratif de PsychoActif a permis au laboratoire de bénéficier des questions de la communauté, ce qui a fait avancer leur procédé. Ces exemples donnent un aperçu de la richesse qui se trouve dans le partage d'expériences.

¹¹⁸⁾ Contributeur-ices de Wikipédia, « Communauté épistémique », Wikipédia, l'encyclopédie libre, https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Communaut%C3%A9_%C3%A9pist%C3%A9mique&oldid=202826444 (Page consultée le 15 novembre 2023).

¹¹⁹⁾ 87 % des répondant-es au questionnaire d'évaluation de l'analyse de produits à distance n'auraient pas fait analyser leur produit dans une structure sur leur territoire.

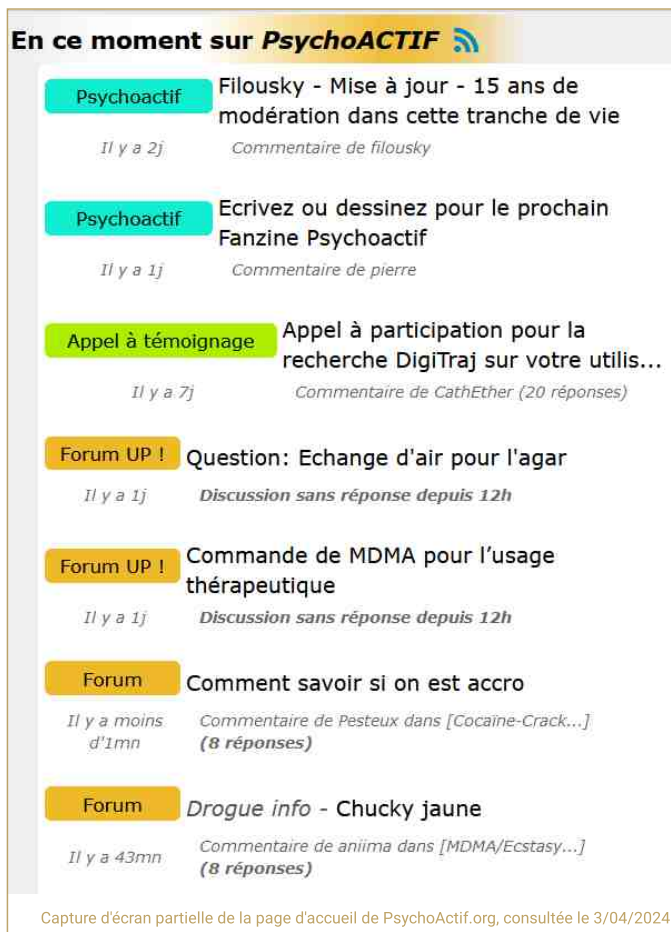
KnowDrugs, application d'alertes et d'informations sur les drogues

Julien Anthouard (Ithaque¹²⁰⁾) et **Philipp Kreicarek** (KnowDrugs¹²¹⁾)

KnowDrugs est une application développée par Philipp Kreicarek qui vise à rendre accessibles les résultats d'analyse de psychotropes. Elle a été lancée en anglais et en allemand, puis traduite en français, espagnol et polonais. Julien Anthouard de l'association Ithaque (« Accueil, prévention, soins toutes addictions » à Strasbourg) a réalisé la traduction française de l'application, et s'occupe également de faciliter les interactions avec les producteurs de résultats

¹²⁰⁾ <https://www.ithaque-asso.fr/>

¹²¹⁾ <https://knowdrugs.app/fr/>



Leurs astuces en bref :

- Un projet créé et géré par une équipe de bénévoles composée de personnes utilisatrices de drogues, directement concernées par les thématiques traitées ;
- Une valorisation des expériences des personnes utilisatrices de drogues par la création d'un espace d'auto-support et de coconstruction du savoir ;
- Une posture militante et réflexive sur la RdR et sa terminologie, visant à déstigmatiser les personnes utilisatrices de drogues.

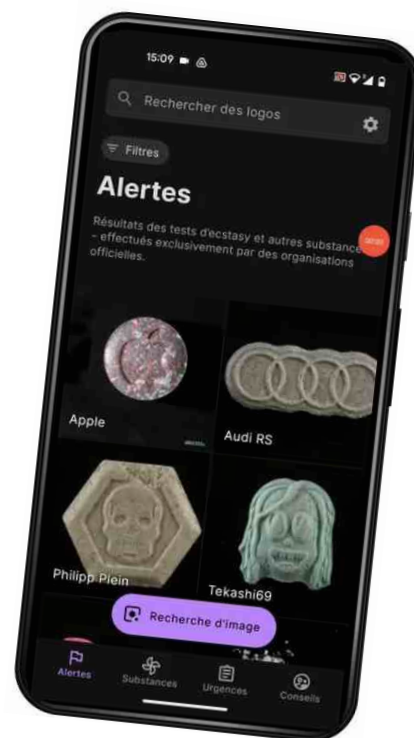
d'analyses en France. Les quatre sections de cette application – Alertes, Substances, Urgences, Conseils – ont été créées pour servir ses différents objectifs :

- Informer sur les substances qui circulent sur le marché ;
- Sensibiliser sur l'importance de l'analyse de produits ;
- Éduquer sur les psychotropes, leurs effets, leurs interactions et leurs risques ;

- Promouvoir des pratiques de Réduction des Risques ;
- Faire connaître les services de conseil et de Réduction des Risques situés à proximité de l'utilisateur-ice.

Le format application offre plusieurs avantages : son contenu est accessible partout et tout le temps sur smartphone ; l'app est téléchargée uniquement par des personnes intéressées, donc par le public cible ; elle offre une grande portée au messages de Réduction des Risques (Know-Drugs compte 145 000 utilisateur-ices par mois dans 173 pays, avec l'Allemagne, la Pologne, la France, le Royaume-Uni et l'Espagne en tête). Avant son lancement, les alertes produits étaient dispersées sur les sites propres à chaque organisme partout en Europe, ayant une portée beaucoup plus limitée. L'application permet de filtrer ces alertes par pays, ville, couleur et catégorie de produit, et les services de conseil peuvent quant à eux être recherchés par localisation. Cette fonctionnalité permet d'accéder facilement aux services locaux quand on est en déplacement, comme en festival par exemple.

NB : KnowDrugs ne collecte aucune information personnelle sur ses utilisateur-ices.



Leurs astuces en bref :

- Un projet né du constat d'un réel besoin sur le terrain ;
- Un outil créé en toute autonomie par une personne possédant les compétences techniques nécessaires ;
- Un format en phase avec les technologies actuelles, facilement téléchargeable, accessible partout et tout le temps, dont l'utilisateur-ice peut configurer les notifications d'alertes produits selon sa consommation.

Ex Æquo, asbl de promotion de la santé présente sur les applications de rencontre

Antoine Leux, Ex Æquo¹²²⁾

¹²²⁾ « Photographie de pénis, généralement en érection, envoyée par internet » – Contributeur-ices de Wikipédia, « Dick pic », Wikipédia, l'encyclopédie libre, https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Dick_pic&oldid=208597203 (Page consultée le 16 novembre 2023).

L'asbl Ex Æquo, tout comme Modus Vivendi, le Bus 31/32 et bien d'autres, est née de la lutte contre le VIH. L'association s'est ensuite intéressée plus généralement à la santé sexuelle, et plus récemment à la santé mentale. Il s'agit d'une association communautaire, dont tout le projet est pensé par, pour et avec la communauté gay, bi et « hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes » (HSH) de Belgique francophone. Un des piliers de son action est l'outreach (l'« aller-vers »), avec des interventions dans les soirées LGBTQIA+, les saunas gays, etc. L'association offre du dépistage non

médicalisé, participe au projet Chemsex.be, propose des groupes de paroles, des formations... et des entretiens individuels avec ses bénéficiaires (*counseling*). Ce travail prend place sur le terrain, mais aussi via les messageries instantanées comme Messenger, Instagram, WhatsApp, etc. et via les sites de rencontre.

Il y a 5 ans, Ex Æquo a développé un groupe de travail Action numérique pour la création de profils Ex Æquo sur des applis de rencontre, dans le but d'informer les utilisateurs et/ou de les orienter vers les services de l'asbl. La démar-

che a également pour objectif d'atteindre des populations HSH géographiquement plus éloignées des lieux communautaires HSH où sont organisées les actions de terrain, et celles qui ne les fréquentent pas. En Wallonie, à l'exception de Liège, il existe très peu d'espaces de ce type et ce projet numérique permet de pallier à ce manque en matière de promotion de la santé.

En pratique, une équipe de salariés et de volontaires-militants se connecte sur Grindr et ROMEO (anciennement PlanetROMEO), les deux sites qui ont été retenus pour leurs fonctionnalités plus *user-friendly* (faciles d'utilisation), et la présence du public visé. Ils disposent de plusieurs profils au nom d'Ex Æquo, pour pouvoir se connecter à plusieurs simultanément en se géolocalisant à différents endroits. Ils y mènent deux types d'actions :

- Une présence visible et disponible pour répondre aux questions venant des usagers ;
- Des publications thématiques sur des sujets précis ou faisant la promotion de futures actions, comme des sessions de dépistage d'IST. Une fonctionnalité de ROMEO leur a permis de créer un groupe « Ex Æquo asbl », qui compte une centaine de membres directement touchés par les posts et auquel des associations partenaires présentes sur l'application peuvent aussi recourir au besoin.

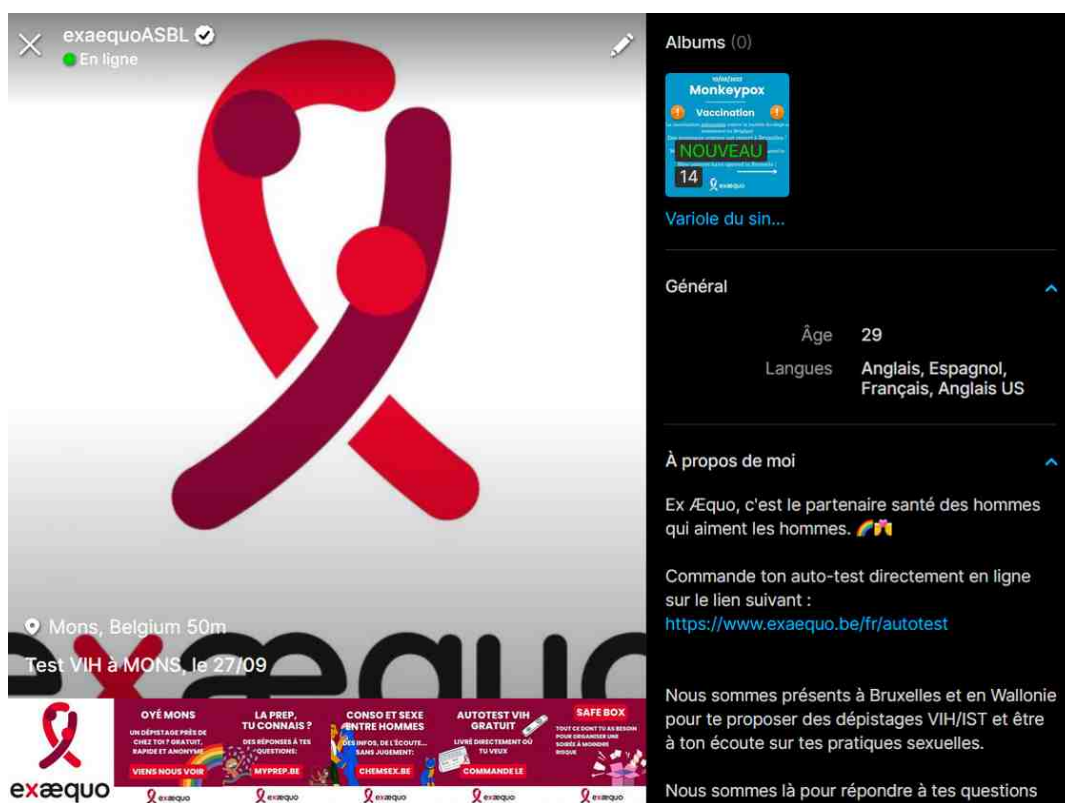
S'afficher aux couleurs d'Ex Æquo et renvoyer au site de l'asbl permettent d'éviter les soupçons que pourrait générer, auprès des utilisateurs, un compte moins transparent. Mais se montrer explicite peut ame-

ner d'autres problèmes, comme la suppression d'un compte pour cause de « publicité ». C'est ce qui est arrivé plusieurs fois sur la plateforme Grindr, où l'association faisait la promotion de tests VIH gratuits. Quand l'équipe a justifié sa présence sur le site par sa mission de prévention, on leur a répondu que la plateforme faisait un travail suffisant en ce sens. D'autres associations pour la santé sexuelle, au niveau européen, ont fait face à ce type de problèmes. Des échanges naissent entre ces structures pour pousser les sites de rencontre à changer leur politique vis-à-vis du travail associatif de prévention. Il fut un temps où, sur ROMEO, leurs messages pouvaient être diffusés gratuitement via les espaces publicitaires.

La sensibilisation du public directement sur des sites de rencontre amène aussi, en plus des complications de la communication par écrit et des questionnements sur le juste ton à employer, la question du rapport au public dans un environnement de drague.

Que fait-on quand on reçoit une dick pic¹²³ ? Ces discussions peuvent demander un cadrage.

L'équipe a donc mis au point, entre autres outils, un guide d'utilisation pour les salariés et volon-



Aperçu d'un profil de l'asbl Ex Æquo sur l'application ROMEO

¹²³ « Photographie de pénis, généralement en érection, envoyée par internet » – Contributeur-ices de Wikipédia, « Dick pic », Wikipédia, l'encyclopédie libre, https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Dick_pic&oldid=208597203 (Page consultée le 16 novembre 2023).

taires qui se connectent. Leurs actions sur les applis de rencontre sont aussi l'objet d'un système d'encodage, afin de valoriser les discussions et entretiens dans leur rapport d'activités mais surtout d'avoir une vue d'ensemble sur leurs connexions. C'est ce qui leur a permis de constater, dans les premières années, qu'ils se géolocalisaient principalement dans des localités où des structures partenaires sont déjà physiquement implantées, et d'ainsi corriger le tir. Le « GT Action numérique » est par ailleurs conforté dans son initiative par les nombreux retours positifs reçus de la part des usagers de ces applications.

Leurs astuces en bref :

- Une équipe composée de travailleurs et de bénévoles formés ;
- Une adaptation des projets de sensibilisation à la réalité du public, dans les nouveaux lieux de vie que sont les sites de rencontre ;
- Un outil de géolocalisation permettant de toucher le public situé en zone rurale, plus difficile à atteindre par les moyens classiques ;
- Une variété des actions menées, avec une présence continue et visible pour répondre aux questions des personnes et des actions thématiques ou géographiquement ciblées.

Conclusion

Ces différentes initiatives de communication digitale mettent en lumière l'importance des interactions interindividuelles dans la construction et le partage de savoirs en Réduction des Risques, ainsi que la complémentarité des outils numériques et des structures d'accueil. Dans cette optique, et suite à une courte discussion avec la salle, voici ce que les participant-es à l'atelier préconisent :

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Une communication digitale efficace et percutante nécessite beaucoup de temps de travail, à pourvoir par du bénévolat et/ou des moyens financiers ;
- ⇒ La communication digitale doit être créée par des personnes disposant de connaissances en matière de Réduction des Risques, et qui adhèrent à ses valeurs. Les compétences en communication sont un plus ;
- ⇒ Il est indispensable de maintenir la place des personnes utilisatrices de drogues au centre de la communication digitale ;
- ⇒ Il serait pertinent de créer des espaces de partage de bonnes pratiques entre équipes en charge de la communication digitale au sein de structures différentes.

Cet article est basé sur les échanges tenus au sein de l'atelier 10 « Communication digitale : trouver le bon ton pour relayer les contenus de Réduction des Risques » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation : Emilie Walewyns (Modus Vivendi)

Synthèse : Julie de Drée (Modus Vivendi)

Merci aux participant-es pour leur attention, leurs remarques et leurs questions.

JUSQU'AU BOUT DU RÊVE

LE FUTUR DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN BELGIQUE

Quelles perspectives pour les 30 prochaines années de Réduction des Risques ? Cette plénière de clôture présente différentes pistes pour les réalisations à venir, depuis les points de vue respectifs des quatre membres du panel.

Lies Gremeaux

Chercheuse chez **Sciensano**, responsable de l'unité « Drogues illégales » du Service d'information sanitaire, cheffe du point focal national belge Reitox¹²⁴⁾ pour l'Agence européenne des drogues.

¹²⁴⁾ Reitox est le « Réseau Européen d'Information sur les drogues et les TOXicomanies », créé en même temps que l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA). Les membres du réseau Reitox sont des institutions ou des agences nationales désignées responsables de la collecte de données et de l'établissement de rapports sur les drogues et les toxicomanies. Ces institutions sont appelées « points focaux nationaux » ou « observatoires nationaux des drogues ». Depuis juillet 2023, l'Agence Européenne des Drogues (European Drugs Agency – EUDA) remplace officiellement l'EMCDDA.

Depuis la pandémie de COVID-19, on ne doit plus présenter l'institut belge de santé Sciensano. Lies Gremeaux y est responsable de l'unité de recherche sur les drogues illégales, au sein du Service d'information sanitaire. Dans le cadre de cette discussion sur le futur de la Réduction des Risques, Lies Gremeaux souhaite

développer son point de vue de chercheuse et de responsable du point focal, qu'elle situe comme intermédiaire entre les acteur·ices de terrain du secteur social-santé d'une part et les décideur·euses politiques d'autre part.

Une partie importante du travail au sein de son unité de recherche relève du suivi et de la surveillance de la consommation de drogues illégales en Belgique, à travers la mise à jour et la publication de données. Ceci nécessite de grandes collectes de données, qui doivent ensuite être analysées et interprétées pour que les professionnel·les de terrain puissent s'en saisir. Contrairement à ceux-ci, l'équipe de recherche travaille bien loin des usager·ères.

Lies Gremeaux nous rapporte un des grands constats établis ces dernières années, qui est que « la recherche ne suit pas » :

La complexification croissante du marché des drogues, avec notamment la diversité des substances et des profils des usager·ères, va trop vite.

Selon la chercheuse, la méthode traditionnelle des grandes enquêtes interrogeant les pratiques du plus grand nombre ne suffit pas à capter la complexité de ce qui se joue aujourd'hui à l'échelle microsociale. Le repérage des nouvelles tendances (ou *trendspotting*) nécessite une toute autre approche, dans laquelle les services de Réduction des Risques liés à l'usage des drogues sont d'importants alliés. En effet, les données relatives aux personnes usagères de drogues ne



passant pas par un parcours de soins restent très difficiles à obtenir. La récolte d'informations correctes sur une pratique qui reste illégale, stigmatisée et donc cachée ne peut se faire que grâce au rapport de confiance créé entre ces services de Réduction des Risques et leurs usager·ères. Ces données, qui reflètent les plus petits développements de tendances et une diversité de voix et de vécus, sont très précieuses pour des acteurs tels que Eurotox et Sciensano. Ce rôle capital joué par les associations de RdR dans la construction des connaissances scientifiques n'est pas nouveau et mériterait, toujours selon Lies Gremeaux, davantage d'attention politique.

La chercheuse appelle également à prendre acte des très longs délais qui séparent les étapes de la récolte des données par les acteur·ices de 1^{re} ligne, de la formulation de recommandations par Sciensano et de la prise de décision par les pouvoirs publics. Il faut selon elle pouvoir saisir les opportunités qui existent à notre portée, notamment la capacité que nous avons de changer et d'améliorer le transfert d'informations entre nos services. Elle y inclut le partage de recommandations, à mettre à l'agenda scientifique et politique :

Quelle continuité entre les recommandations ici et les recommandations de Sciensano ? Comment construit-on l'ordre du jour pour des chercheur·euses comme moi ?

Barbara Trachte

*Ministre-Présidente du Collège de la **Commission communautaire française (COCOF)**, chargée de la Promotion de la Santé, de la Famille, du Budget et de la Fonction publique*

La Ministre a rappelé la nécessité pour les politiques publiques de « considérer les citoyens, individus, patients tels qu'ils sont et là où ils sont ». Étendue à la question plus spécifique de l'usage de drogues, cette posture implique d'adapter l'accompagnement social à la volonté et aux possibilités de la personne utilisatrice quant à sa consommation. Barbara Trachte affirme s'inscrire dans « cette perspective bien

L'idée d'un échange d'informations amélioré est assez simple, mais sa mise en pratique est plus ardue et souvent renvoyée à la question des moyens financiers. Pour Lies, il ne faut plus patienter pour le feu vert d'une instance tierce, mais commencer ce travail dès maintenant. « Sans ces renseignements, la recherche prend du retard sur la détection des tendances et des besoins et il devient difficile pour les expert·es d'assurer leur rôle consultatif auprès des gouvernements », rappelle-t-elle. A moyen terme, un cadre structurel et officiel de collaboration serait toutefois nécessaire si on ne veut pas d'une récolte de données trop aléatoire. Dans les services de 1^{re} ligne, le soin aux usager·ères reste en effet prioritaire sur le remplissage d'un questionnaire et, en l'absence de renforts, la bonne volonté de l'intervenant·e social·e ne suffit pas toujours pour mener à bien l'ensemble des démarches.

Enfin, Lies Gremeaux estime que pour pouvoir discuter des objectifs de la Réduction des Risques, il faut commencer par exposer les différentes facettes de cette stratégie de santé publique. Ainsi, elle conclut :

Pour moi la RdR fournit une contribution aux trois grands piliers que sont les soins, la prévention et l'éducation, et la sécurité. J'ajouterais aujourd'hui que la RdR promet également une contribution à la recherche et à la surveillance. Et je crois que, même sans moyens, on peut déjà pousser pour la prochaine étape.

installée aujourd'hui en promotion de la santé, héritage des mouvements liés à l'épidémie de VIH/sida dans les années 80 ».

La Région Bruxelles-Capitale concentre de grandes inégalités socio-économiques, de genre et de droit à la citoyenneté¹²⁵⁾, et on y observe une hausse de la précarité et des problèmes de santé mentale jusque parmi les étudiant·es. Pour la

¹²⁵⁾ Deux tiers des personnes sans-papiers résidant en Belgique vivent à Bruxelles.

Ministre, dans ce contexte, « la consommation de drogue est un moyen de survie ou une échappatoire à sa situation ». Elle affirme également que les vieilles méthodes de criminalisation qui dominent encore dans le discours politique s'avèrent inefficaces sur le terrain : « la répression n'est pas une solution, sinon nous ne serions pas rassemblés ici aujourd'hui ». Barbara Trachte insiste sur le besoin pour notre société de « se départir d'une approche pénale,

exclusivement pénale ou prioritairement pénale de l'usage de drogues, et d'adopter une politique de prise en charge sur le plan du social et de la santé».

Enfin, elle souligne les investissements de la Région dans la Réduction des Risques, un secteur très actif et doté d'une grande expérience dont elle remercie les acteur·ices pour leur « travail de terrain remarquable et utile».

Alexis Goosdeel

Directeur de l'**Observatoire européen des drogues et toxicomanies** (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)

Sur base de son analyse présentée en plénière d'ouverture¹²⁶⁾, Alexis Goosdeel désigne de nouveaux défis à relever qui sont de deux ordres. Premièrement, le modèle de référence implicite en matière d'assuétudes reste généralement l'épidémie d'héroïne, malgré l'évolution et la complexité de la situation créée par les nouvelles substances et les risques associés à leur usage aujourd'hui. Ceci a pour conséquence que bien souvent la discussion porte sur la mise en œuvre de réponses qui ont été définies il y a plus de 20 ans par rapport à un problème qui n'est plus le même aujourd'hui.

Dans le prolongement des freins à la production d'information scientifique pointés par Lies Gremeaux, il fait remarquer que de nombreuses informations concernant les nouveaux produits de synthèse n'arrivent pas, une fois produites par les instituts de santé ou par le système européen d'alerte rapide sur les Nouvelles Substances Psychoactives (NPS), à être diffusées au niveau du terrain, comme auprès des salles d'urgence ou des médecins généralistes par exemple. « Cette information ne permet pas de sauver des vies », observe-t-il. Or, « tout le monde » étant potentiellement concerné aujourd'hui par une conduite addictive, la Réduction des Risques doit pouvoir adresser ses messages largement.

Deuxièmement, il considère que la Réduction des Risques doit se réinventer afin d'intégrer à ses plaidoyers et ses actions les risques actuels,

c'est-à-dire inclure également les risques pour la sécurité publique. Les discours populistes appelant à re-criminaliser les personnes utilisatrices de drogues s'emparent déjà de cette question, portant un agenda de répression.

Je pense que criminaliser la société et nos citoyens serait vraiment inacceptable, on a vu au Mexique et aux États-Unis ce que ça donne. En Europe on est parvenu à éviter cela jusqu'ici, mais je ne suis pas certain qu'on va pouvoir l'éviter dans les cinq prochaines années.

Alexis Goosdeel clôture son allocution en insistant sur l'importance de « ré-investir dans la citoyenneté pour toutes et tous, usager·ères de drogues ou non », c'est-à-dire d'opposer à une



politique hostile et répressive une approche holistique qui intègre toutes les données de la situation, seule manière de construire les nouvelles réponses dont notre société a besoin.

Catherine Van Huyck

Directrice de l'asbl **Modus Vivendi**

Pour Catherine Van Huyck, les enjeux qui ont été mis en exergue à travers les ateliers et conférences de cette journée d'étude représentent une montagne de travail pour les prochaines années. Parallèlement à ces enjeux, elle entend cependant rappeler quelques points supplémentaires réclamant la vigilance du secteur.

Tout d'abord, même si la Réduction des Risques a d'abord été impulsée comme une action sanitaire, ses acteur·ices doivent d'emblée s'inscrire dans un horizon de justice sociale. Dans le climat actuel de régression sociale et de restrictions budgétaires, la tendance des associations subsidiées à « faire du chiffre » pour justifier leurs financements est grandissante. « Donner du matériel c'est important, mais le contact qui l'accompagne l'est tout autant » affirme-t-elle avant de donner en exemple les travailleur·euses des comptoirs. Il est souvent frustrant de s'y sentir réduit·e au nombre de personnes de la file active, au nombre de seringues distribuées sans pouvoir valoriser l'importance du temps de contact, du dialogue d'humain à humain. « Dans ce contexte, soyons attentifs à ne pas devenir des gestionnaires. Gardons en tête que nos institutions et nos projets sont au service des gens et non l'inverse. » Ainsi, nous devrions toujours garder en ligne de mire cette tension entre les besoins criants à combler dans l'immédiat d'une part, et une vision plus large des droits humains et du bien-être d'autre part. Elle appuie son propos en citant un jobiste : « Je ne suis pas un toxicomane, je suis un être humaine (sic.) ». Cette tension nous empêcherait de sombrer dans un rôle de couvercle sur une marmite sociale en pleine ébullition :

C'est cette tension qui nous permet de refuser d'être uniquement des outils performants d'une politique hygiéniste. Il est primordial de ne pas se satisfaire d'une reconnaissance de nos pratiques mais de s'assurer que le drogué, le pauvre, le sans-

papier, etc. ne soient plus considérés comme des sans voix de seconde zone.

Dans le même ordre d'idée, Catherine Van Huyck rappelle ensuite que la responsabilité éthique vis-à-vis des addictions est collective. Elle cite Serge Zombek un précurseur de la Réduction des Risques : « Il n'y a pas de Réduction des Risques qui tienne la route torturée de l'éthique si elle persiste à ne prendre pour cible que l'individu ou le groupe à risque. Au contraire elle n'est réellement défendable que si elle s'appuie sur une analyse des conditions générales de production des dommages en amont des comportements individuels ». Pour Catherine Van Huyck, il est donc impératif d'acter que la prohibition de l'usage des drogues fait partie des conditions générales de production des dommages, et que nous devons donc absolument œuvrer à un changement du cadre légal.

Enfin, il n'y a pas de Réduction des Risques sans participation et sans *empowerment* des personnes utilisatrices de drogues. Les Nations-Unies nous rappellent que la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé sont une condition *sine qua non* pour définir une personne en bonne santé, et que l'autonomisation des personnes – leur capacité à prendre les meilleures décisions pour elles-mêmes – est une base essentielle à la réalisation des objectifs de santé publique. Pour Catherine Van Huyck et l'asbl Modus Vivendi, les décisions des instances gouvernementales doivent être prises en concertation avec la réalité des personnes et leur vécu, et non pas basées uniquement sur des considérations théoriques.

Trop souvent ce sont les plus fragilisés que les politiques oublient ou pénalisent en premier.

Elle illustre son propos par quelques exemples datant de la crise de la COVID-19, lorsque les acteur·ices et les principes de Réduction des

Risques et de promotion de la santé ont été balayés au nom de l'ordre et de la sécurité. « Je pense aux jeunes qui ont été nassés dans des parcs parce qu'ils voulaient se rassembler et danser, je pense aux personnes qui vivent en rue qu'on obligeait à porter un masque 24 heures sur 24 et qui étaient sanctionnées quand elles ne le portaient pas. Cela nous a montré très clairement qu'ils paient encore le prix fort de la politique prohibitionniste, infantilisante et hygiéniste. »

Dans ce contexte, l'empowerment des personnes utilisatrices de drogues est un enjeu majeur pour limiter leur dépendance aux structures en matière de contacts sociaux, de construction de soi et d'épanouissement. Ainsi, nous devrions nous mobiliser pour la liberté de choix de chacun·e quant aux enjeux de santé et de société, et tendre vers ce qu'un autre précurseur de la Réduction des Risques, Dan Kaminski,

nommait après Jacki Zielinski et Anne Debaar « l'aprèsvention » : un partage d'expérience d'usager·ère à usager·ère qui permet de construire après coup et « reconnaît l'autonomie du sujet dans ses pratiques »¹²⁷).

¹²⁷ « Au contraire de toutes les autres formes [précitées], qui reposent sur un savoir préalable (programmable et objectivable) concernant les drogues ou les comportements problématiques, [l'aprèsvention] laisse au sujet demandeur le soin de construire lui-même le savoir pertinent.

Cette suspension du savoir objectif est la seule posture qui permette de reconnaître l'autonomie du sujet dans ses pratiques et dans les issues qu'il cherche à des situations qu'il a le pouvoir de définir ou de nommer.

Attention, l'autonomie d'un sujet ne renvoie pas ici au contrôle conscient de soi, mais fait place à l'hypothèse de l'inconscient, c'est-à-dire à l'irréductible « irrationalité » (ou rationalité inconsciente) des pratiques individuelles. On ne peut pré-venir que dans l'après-coup et au cas par cas. » – Kaminski, Dan. « La réduction des risques, une forme de prévention comme les autres ? » Les cahiers de Prospective Jeunesse n°28. Septembre 2003 : pp. 2-7. <https://prospective-jeunesse.be/wp-content/uploads/2020/04/CPJ-28-CAHIER-ENTIER-Sept-031.pdf>

Et encore : « Nous nous retrouvons confrontés à tout ce qui se cache derrière les comportements à risques et qui échappe à l'information technique et rationnelle. C'est dans cette marge liée au respect de l'autre qu'il faut accepter la limite de ce travail, laisser la place à une gestion des risques menée cahin-caha par chacun et qui échappe souvent à toute approche pragmatique...en évitant une prévention qui dit « Tu dois... Tu n'as qu'à... », nous respectons ce qui, chez l'usager de drogue, échappera toujours à une sécurisation. » – Van Huyck, Catherine. « Informer et non formater ». Prévention sida n° 22. Octobre 1997. Citée dans <https://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2012/07/Manuel-m%C3%A9thodologique-Boule-de-neige.pdf>



Restitution des interventions : Pamela Ciselet (Modus Vivendi)

REMERCIEMENTS

Remerciements de Catherine Van Huyck

Directrice de l'asbl **Modus Vivendi**, le 26 septembre 2023

Modus a 30 ans !

On ne peut pas fêter un anniversaire sans penser à toutes celles et ceux qui ont permis la naissance du bébé !

– Je voudrais d'abord remercier nos membres fondateur·ices, ceux qui ont déposé les statuts le 14 octobre 1993 : Georges Bauherz, Jean-Pierre Jacques, Pierre Schoeman, Dan Kaminski, Françoise Lequarré et Serge Zombek.

– Merci à Vincent Magos, qui a commandé l'écriture du Bon Usage¹²⁸⁾ et qui a aidé activement à la création de Modus.

– Notre CA nous soutient vaillamment dans toutes nos aventures ! Un Spécial merci à Marie-Paule Giot qui a été notre présidente pendant de longues années et à Dominique David qui osé reprendre le flambeau.

– Merci aussi à Alexis Goosdeel, Fabienne Hariga et Didier De Vleeschouwer – qui ne peut malheureusement pas être là ce soir – et aux 117 travailleuses et travailleurs qui se sont succédé·es durant ces 30 ans, pour former une équipe enthousiaste, soutenante et toujours engagée.

– Je remercie également nos partenaires avec qui nous construisons nos projets et qui nous ont accompagnés tout ce chemin en défendant avec nous les mêmes valeurs.

– Merci aux personnes des différents services publics de la santé qui essayent comme elles peuvent de caser nos projets dans les décrets et les cadres qui sont les leurs et nous remontent le moral lorsque nous cédon·s au découragement face à ces contraintes.

Merci aux politiques, ministres ou parlementaires, qui ont su adhérer à notre vision et soutenir nos initiatives.

Et puis j'ai gardé les plus important·es pour la fin : un tout tout grand merci spécial pour celles et ceux sans qui cela n'aurait pas été possible, nos jobistes qui n'hésitent jamais à nous bousculer pour que nous nous remettions en question.

Un texte d'une de nos plus anciennes jobistes, Fanny, expliquait que quand elle était petite elle lisait Rahan dans Pif Gadget. C'était carrément dans les années 70 et le personnage principal, un homme préhistorique, était membre du clan de ceux qui marchent debout. Quand Fanny est devenue jobiste, elle nous a dit avoir enfin rejoint sa tribu, la tribu des jobistes, tribu des gens qui s'asseyaient par terre.

Car oui, Modus c'est bien une tribu.

Une tribu mixte, bizarre, composée d'ancien·es qui ne partent jamais tout à fait et de nouveau·elles qui nous font du bien.

Une tribu qui se reconnaît dans des valeurs et des modes d'actions tels que définis dans la charte de la Réduction des Risques.

Une tribu qui veut absolument expliquer à tou·tes comment bien fumer le calumet de la paix ou réduire les risques liés au cornet de frite.

Une tribu gesticulante qui se joue de la langue de bois.

Une tribu qui s'assied par terre et une tribu d'empêcheur·ses de tourner en rond.

Une tribu de fou·lles.

Une tribu de rêveur·ses qui se battent pour que l'improbable arrive.

Une tribu qui n'a pas peur de prendre des risques.

Alors merci, membres de la tribu. Entamons notre danse, faisons la fête et rappelons-nous que la vie est belle, surtout quand elle est risquée !

¹²⁸⁾ BAUHERZ G., KAMINSKI D., ZOMBEK S., Le Bon Usage : Prévention du sida à l'adresse des usagers de drogue. Bruxelles : Agence Prévention du sida, 1992.

Remerciements de la part de l'équipe

Au nom de l'équipe de Modus Vivendi, nous tenons à remercier tous·tes les participant·es à la journée d'étude du 26 septembre pour leur contribution à cette rencontre anniversaire.

Un tout grand merci à chaque personne ressource, jobiste, expert·e du vécu, rapporteur·se et intervenant·e pour avoir porté les différentes sessions et participé à l'élaboration de ces Actes.

Merci au Beursschouwburg, notre lieu partenaire Quality Nights, pour avoir accueilli notre colloque dans les meilleures conditions qui soient.

Merci à la Commission communautaire française pour son soutien financier au projet.

Merci également à toute l'équipe de Modus Vivendi qui a porté, organisé et coanimé cet anniversaire dans la bonne humeur de bout en bout.

Merci aux équipes et jobistes du Pilier, de Modus Fiesta et du projet Alcool en milieu étudiant pour avoir présenté leurs projets respectifs et animé leurs stands.

Merci aux relecteur·ices attentif·ves de ces Actes : Ariane Close, Julie de Drée, Elodie Della Rossa, Cécile Dupin, Louise Moraldy, Sabrina Stefani et Nicolas Van der Linden.



LEXIQUE

Définitions

Auto-support	Regroupement de personnes volontaires issues de la même catégorie sociale 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 ¹²⁹).
Drogue	Toute substance psychoactive, licite ou illicite, pouvant provoquer des dommages pour la santé mentale, physique et sociale, susceptible d'un usage abusif et pouvant (ou non) faire l'objet d'une dépendance.
Expert·e du vécu	Personne qui a une expérience de la pauvreté et de l'exclusion sociale, et qui la met en œuvre pour améliorer l'accessibilité des services ¹³⁰).
Jobiste	Volontaire (ex-)usager·ère de drogues formé·e à la Réduction des Risques et ayant un rôle de transmission d'information et de sensibilisation en allant à la rencontre d'autres usager·ères dans différents milieux de vie.
Testing	Analyse de produits psychotropes.

¹²⁹ voir <http://www.asud.org/1992/10/06/auto-support-et-reduction-de-risques/>

¹³⁰ SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté, Économie sociale et Politique des grandes villes, <https://www.mi-is.be/fr/methodologie>, consulté le 22/02/2024.

Abréviations

AFLS	Agence française de lutte contre le SIDA (1989-1995)
AFRAVIH	Alliance Francophone des Acteurs de santé contre le VIH et les Infections Virales chroniques ou émergentes
ASUD	Association Auto-support et Réduction des Risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues
BdN	Opération Boule de Neige
CND	Commission des stupéfiants des Nations unies
COCOF	Commission communautaire française
COVID-19	Maladie provoquée par le corona virus
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (France)
ECOSOC	Conseil économique et social des Nations unies
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
EuroNPUD	<i>European Network of People who Use Drugs</i>
HRI	<i>Harm Reduction International</i>

HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INPUD	<i>International Network of People Who Use Drugs</i>
IST	Infections sexuellement transmissibles
NPS/NDS	Nouveaux produits/drogues de synthèse
ODD	Objectifs de Développement Durable établis par les États membres des Nations unies et rassemblés dans l'Agenda 2030
OMS	Organisation mondiale de la Santé, agence spécialisée de l'Organisation des Nations unies pour la santé publique
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ORBA	Opérateur Régional Bruxelles Assuétudes
PAS	Programme d'accès aux seringues et matériel d'injection
PGSP	Plan Global de Sécurité et de Prévention de la Région de Bruxelles-Capitale
RC	<i>Research Chemicals</i> (voir NPS/NDS)
RdR	Réduction des Risques
TAO	Traitement par agonistes opioïdes (anciennement TSO, Traitement de substitution aux opiacés)
TSO	Voir TAO
UD(I)	Usager·ères de drogues (par voie intraveineuse)
UE	Union européenne
UNAIDS	Voir ONUSIDA
UNGASS	Assemblée générale des Nations unies
UNODC	Voir ONUDC
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et stade le plus avancé de l'infection qu'il provoque (syndrome d'immunodéficience acquise)



CES ACTES SONT PRODUITS PAR MODUS VIVENDI SUITE À LA
JOURNÉE D'ÉTUDE « ALLER JUSQU'AU BOUT DU RÊVE » ORGANISÉE
À L'OCCASION DES 30 ANS D'ANNIVERSAIRE DE L'ASBL
LE 26 SEPTEMBRE 2023 AU BEURSSCHOUWBURG.