

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).

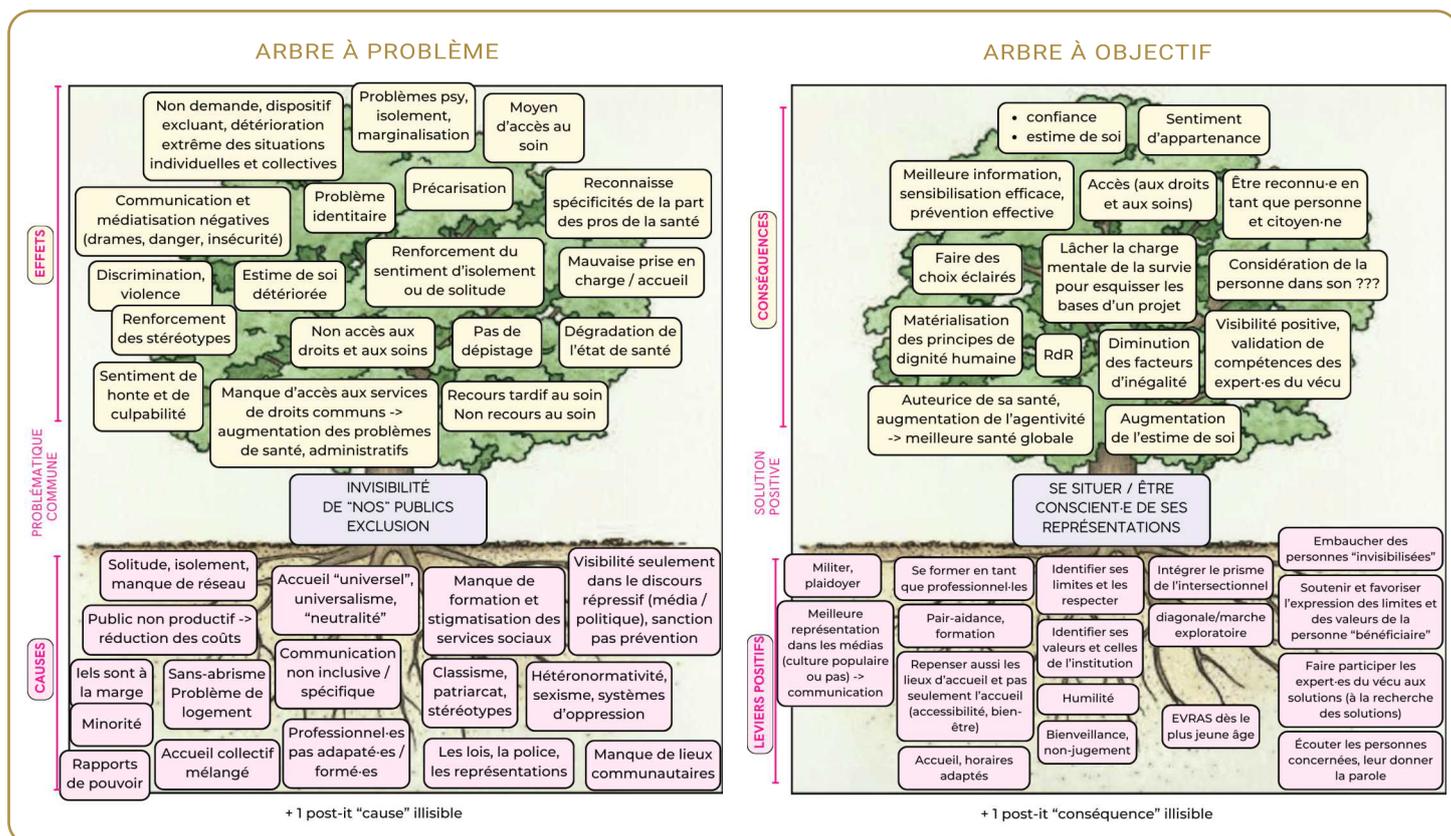
Les causes (racines) de l'arbre à problème sont transformées en leviers positifs, et ses effets (branches) sont transformés en conséquences positives, qui deviennent des objectifs spécifiques.

L'arbre de l'invisibilisation

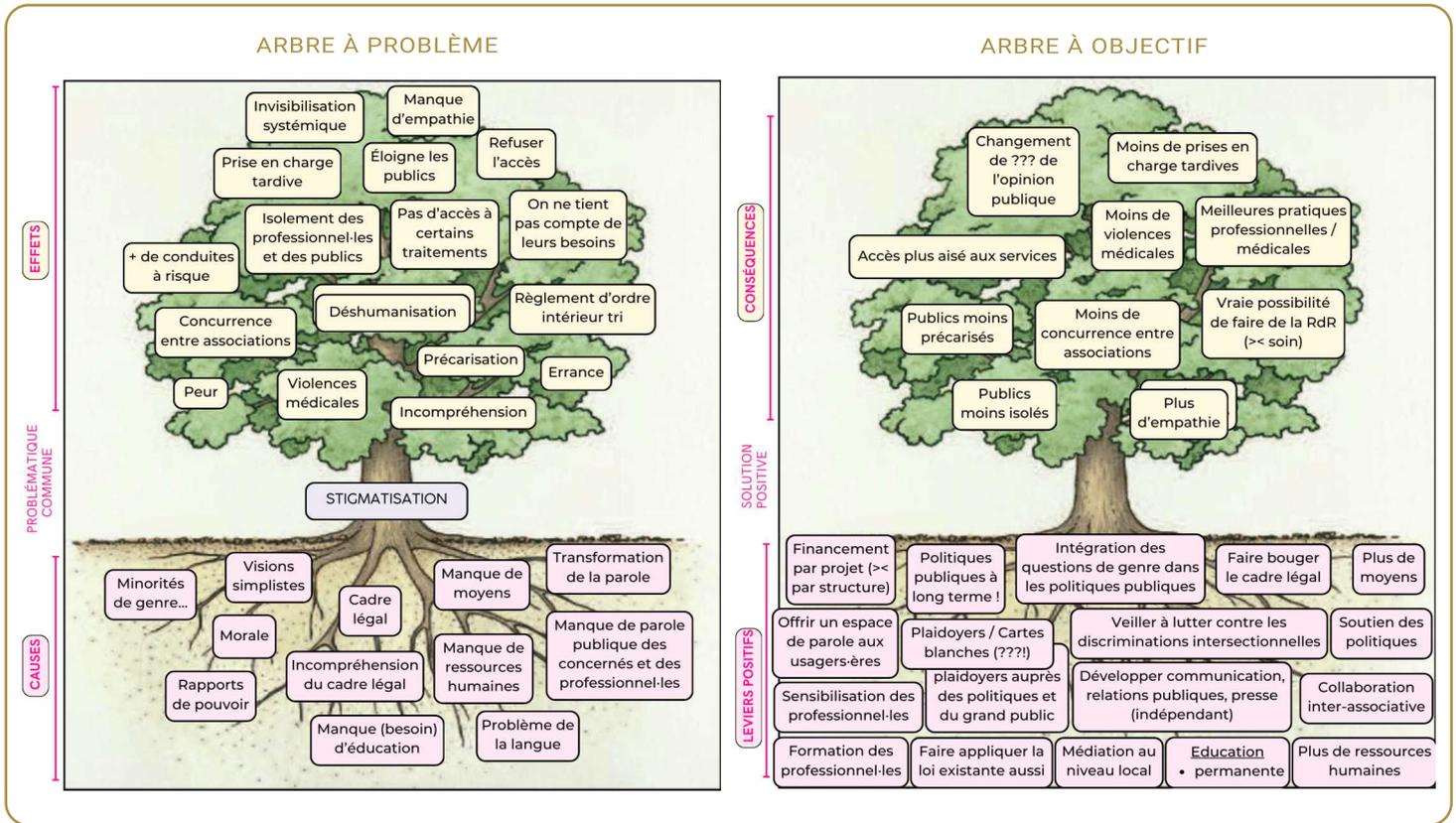
Les arbres à problème et à objectif élaborés par le premier sous-groupe sur la problématique de l'invisibilisation des publics sont restitués ci-dessous. Le groupe en a tiré deux recommandations :

- 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.

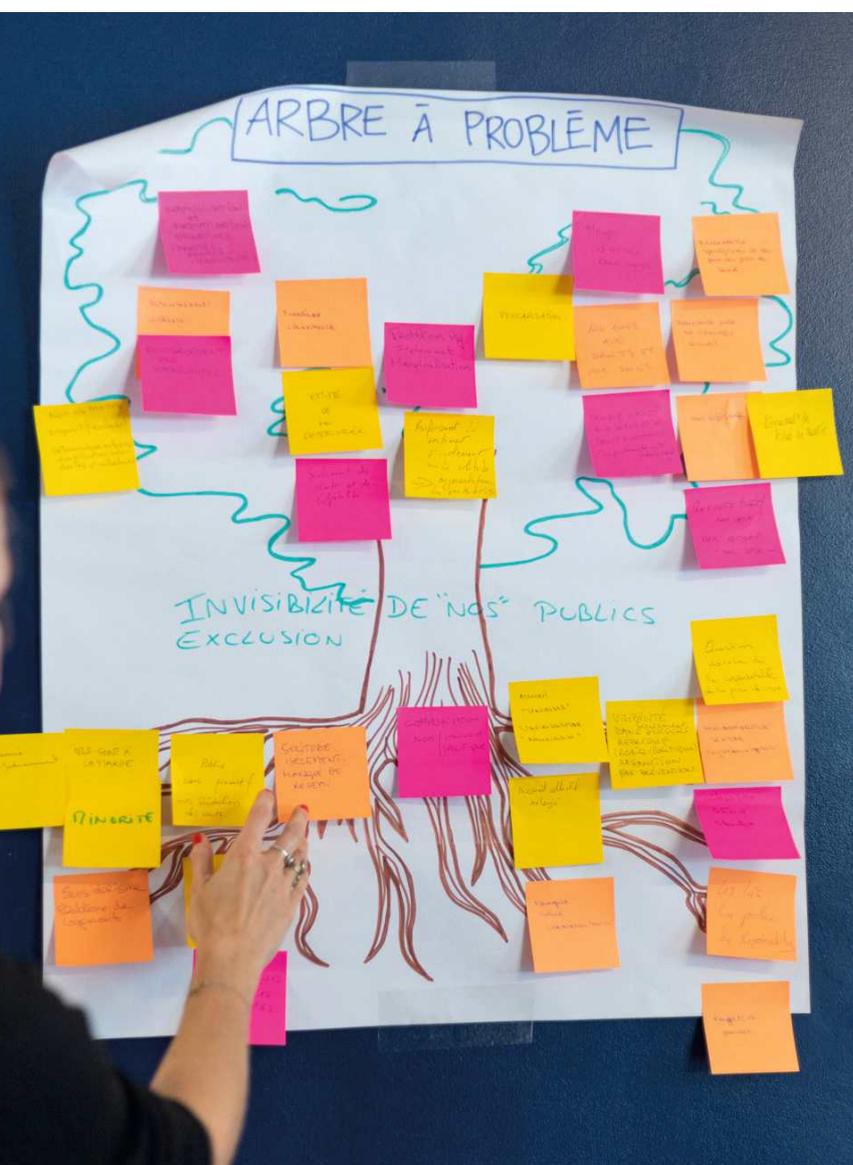


Conclusion

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.