

BRUXELLES SANTÉ

N° spécial 2004



“



ASSISES de la Réduction des Risques liés à l'Usage de Drogues

Actes du colloque
organisé à Bruxelles
les 4 et 5 décembre 2003

”





Assises de la Réduction des Risques liés à l'Usage de Drogues

Actes du colloque
organisé à Bruxelles
les 4 et 5 décembre 2003
organisé par Modus Vivendi asbl
en collaboration avec Question Santé asbl

Coordination de la publication : Alain Cherbonnier/Question Santé et Maryse Degraen/Modus Vivendi.
Rédaction des articles sur les ateliers : Alain Cherbonnier/Question Santé
Graphisme : Carine Simon/Question Santé

Avant-propos

En introduction de ces Actes, nous proposons deux textes, l'un rédigé par Patrick Trefois, directeur de Question Santé, l'autre par Fabienne Hariga, directrice de Modus Vivendi. Nous pensons qu'ils abordent la notion de réduction des risques liés à l'usage de drogues sous deux angles distincts mais complémentaires. Ils posent les bases du débat.

Les Assises de la Réduction des Risques ont été l'occasion, pour les professionnels et les bénévoles travaillant dans ce champ d'activités, de prendre publiquement position, ensemble, sur les bases éthiques de leur travail. Celles-ci sont rassemblées dans une Charte, que nous reproduisons *in extenso*.

Mais, en termes de rencontres et d'échanges, ce sont les huit ateliers qui ont fait l'ossature de ces Assises. Nous avons voulu que les abonnés de *Bruxelles Santé* qui n'avaient pas participé aux Assises aient sous les yeux des textes accessibles et non des résumés elliptiques ou des comptes rendus, fidèles mais inabornables à tout autre que les participants aux ateliers. C'est un pari, certes, et il n'est pas gagné d'avance. Au lecteur de juger.

Par ailleurs, des personnes-ressources ont été sollicitées pour veiller à ce que ces textes reflètent les travaux en ateliers. Tous nos remerciements à Muriel Allart, Antoine Boucher, Maryse Degraen, Valérie Foucart, Fabienne Hariga, Jean-Pierre Jacques, Myriam Monheim, Jacques Prignot, Patrick Trefois et Catherine Van Huyck.

Mais, par définition, des Assises sont un début – les fondements des actions qui s'ensuivront. Chacun des huit articles se termine donc par des recommandations. Et l'ensemble est suivi d'un épilogue qui esquisse des pistes pour la suite.

Enfin, nous reproduisons les allocutions que la Ministre de la Santé de la Communauté française, le Ministre Membre du Collège de la Commission communautaire française chargé de la Santé et le représentant du Ministre de la Santé de la Région wallonne ont prononcées à l'issue des Assises.

En annexe, le lecteur trouvera un survol historique de la réduction des risques et un résumé épidémiologique de l'usage de drogues en Communauté française.



La réduction des risques, une pratique quotidienne des professionnels de la santé

Dr Patrick Trefois
Directeur de l'asbl Question Santé

Les professionnels de la santé sont familiarisés avec le concept de " réduction des risques " .

Quand un médecin soigne un patient diabétique, non encore insulino-dépendant, il s'efforce d'équilibrer sa glycémie. Il sait qu'à long terme le patient risque des complications (comme une cécité, une artériopathie, etc). Le champ de la prévention primaire (celle qui veut empêcher l'apparition de la maladie) est dépassé. Le diabète est là, ne mettant pas encore en danger la vie de la personne ; le médecin souhaite en limiter les conséquences dommageables, en tentant d'agir sur les comportements du patient pour réduire les risques que court celui-ci. Il met en place des stratégies de " réduction des risques " .

Quand nos enfants font du *roller*, nous savons que cette pratique entraîne inévitablement des chutes, parfois graves. Bien sûr, une option de prévention extrême serait d'interdire le *roller* à nos enfants. Mais nous devons tenir compte de l'intérêt général de l'enfant, savoir qu'une interdiction le priverait d'une activité développant ses capacités psychomotrices, sa confiance en lui et en son corps. Nous le priverions aussi d'un plaisir et d'une activité favorable à sa socialisation et à son intégration parmi ses pairs. Nous procédons donc à une évaluation des avantages et inconvénients ; dans le cas considéré, nous pouvons conclure que le risque d'accident est compensé par le rôle

éducatif et social de l'activité. En outre, nous pouvons minimiser le risque, le réduire en imposant à l'enfant d'utiliser des protections adéquates (casque, genouillères, etc).

Par cet exemple, nous identifions des dimensions importantes : notre analyse ne doit pas s'arrêter à l'activité présentant un risque ; une évaluation du rôle de cette activité dans l'équilibre global de l'individu est nécessaire ; il est souvent possible de prendre des mesures visant à réduire les risques pour atténuer le danger.

Prenons un dernier exemple : nous savons que les accidents de la route font annuellement plus de 2000 morts en Belgique. Si nous voulions faire de la prévention primaire, la mesure la plus efficace serait d'interdire les déplacements sur route. Nous pourrions envisager de manière plus ciblée d'interdire l'usage de la voiture. Ces mesures ne sont pas près d'être acceptées par notre société du fait de leur coût culturel (la voiture est un objet lié à des représentations et des valeurs sociales prégnantes) et économique. Nous ne sommes apparemment pas non plus prêts pour des mesures de limitation de la puissance des voitures. Que nous propose donc la société ? Une politique de réduction des risques basée sur la sécurité passive des voitures, sur l'obtention d'un permis de conduire, sur le port de la ceinture de sécurité, etc. On teste aussi le

produit " voiture " au cours de *crash tests* pour savoir s'il n'est pas trop dangereux ; puis on informe les consommateurs des résultats.

Nous constatons qu'en matière de sécurité routière, on ne tente pas d'éradiquer le risque, on accepte le fait que l'accident puisse survenir et on tente d'en limiter les dommages.

On pourrait encore prendre bien des exemples, comme notamment la prévention des accidents de travail. Il ne vient à personne l'idée d'éradiquer les accidents de travail en supprimant le travail ; on renforce plutôt, de diverses manières, la sécurité sur le lieu de travail.

En conclusion, on peut affirmer que **les stratégies de réduction des risques sont très répandues dans notre environnement.**

Les professionnels de santé ont évidemment toujours le souci de faire de la **prévention primaire**, c'est-à-dire d'empêcher la survenue de la maladie, du comportement dommageable. Mais quand la maladie est là, quand le comportement à risque est acquis, ils ne veulent pas pour autant baisser les bras. Ils se fixent un but complémentaire : limiter les dommages liés à la maladie ou au comportement à risque.

Les stratégies de réduction des risques partent du constat évident que l'éradication de la plupart des maladies et des comportements à risque est illusoire. Elles admettent cette réalité, que chaque individu est mû aussi par des motivations déraisonnables et par la recherche du plaisir.

L'objectif de santé de la réduction des risques est de rendre le plus improbable possible la survenue d'accidents. La réduction des risques est également basée sur la solidarité : entre malades et non malades, entre conducteurs et non conducteurs de voitures, entre consommateurs et non consommateurs de drogues. Elle peut aussi se revendiquer de valeurs comme l'autonomie des individus, le respect de leur liberté, leur responsabilisation. Bien sûr, chacun véhicule ses idées : des avis dissemblables sont légitimes lorsqu'on parle de valeurs. Mais **la réduction des risques ne doit pas s'encombrer de préjugés moraux** : le professionnel de la santé ne peut se laisser envahir par ses jugements sur les comportements des personnes vis-à-vis desquelles il doit intervenir. Il doit toujours avoir pour référence sa mission première, sa responsabilité professionnelle et collective : veiller à la santé des personnes dont il a à s'occuper.



La réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues, une pratique de santé publique et de promotion de la santé

Dr Fabienne Hariga
Directeur de l'asbl Modus Vivendi

La réduction des risques, comme l'a montré le Dr Patrick Trefois, n'est pas une pratique inhabituelle en promotion de la santé ni en santé publique.

La réduction des risques liés à l'usage de drogues est une pratique qui s'adresse spécifiquement aux consommateurs de drogues. Elle vise à éviter que des personnes, parce qu'elles consomment des produits qu'elles connaissent mal ou qu'elles les consomment de manière inappropriée, ne détériorent leur santé. La réduction des risques va à la rencontre de l'usager de drogues, là où il se trouve dans son parcours de consommation, sans jugement sur son comportement de consommation. Elle vise aussi à dé-stigmatiser l'usager de drogues, à changer le regard porté sur lui.

LA RÉDUCTION DES RISQUES : UNE STRATÉGIE DE SANTÉ

Il s'agit d'une démarche de **promotion de la santé individuelle**, basée sur la responsabilisation de la personne. Elle vise à donner au consommateur de drogues, licites ou illicites, l'information et les moyens nécessaires pour réduire les risques.

Il s'agit d'une **démarche de santé publique**, dans la mesure où elle vise à éviter que ne se propagent des maladies telles que le sida ou les hépatites, ou encore

qu'un problème de santé, par exemple les overdoses, ne frappe un groupe important de la population.

La réduction des risques ne se limite pas à la prévention du sida : la consommation de drogues comporte d'autres risques réductibles : overdoses, risques liés aux relations sexuelles non désirées ou non-protégées, «*bad trip*», sécurité routière, déshydratation... Et la réduction des risques, c'est aussi la prescription de traitement de substitution, voire d'héroïne dans certains cas.

La réduction des risques s'adresse à tous les consommateurs de drogues. Que sa consommation soit occasionnelle, festive, ou qu'il soit dépendant, tout consommateur est concerné par la réduction des risques.

La réduction des risques est une démarche participative. Elle considère l'usager de drogues comme un partenaire, acteur de sa santé et de celle des autres. Par exemple, à travers les opérations «Boule-de-neige» de prévention par les pairs, ce sont les usagers de drogues eux-mêmes qui informent leurs pairs.

La réduction des risques est une stratégie de proximité. Les intervenants professionnels et les usagers de drogues formés, les «jobistes», se rendent sur les lieux de vie des consommateurs : en milieu festif, en prison, en rue.

Pour illustrer ce qu'est la réduction des risques je vais citer deux exemples pratiques.

Dans l'échange de seringues on va :

- donner une information aux usagers sur les risques infectieux liés aux injections : sida, hépatites, abcès, endocardites etc. ;
- distribuer des seringues stériles et l'ensemble du matériel d'injection (cupules, tampons désinfectants, filtres, eau pour injection) dans des comptoirs d'échange, en rue, ou auprès de pharmaciens ;
- organiser le relais des usagers qui le demandent vers des centres de dépistage ou de soins, ou vers des centres spécialisés en toxicomanie.

Prenons un autre exemple : la réduction des risques en milieu festif, comme le pratique l'équipe mobile de Modus Vivendi. Ici, on va :

- donner une information sur les produits, sur les mélanges, sur les risques sexuels, etc., en distribuant des brochures, en tenant un stand d'information où les consommateurs peuvent trouver des réponses à leurs questions ;
- donner du matériel de réduction des risques : préservatifs, kits de *sniff*, voire des seringues ;
- accompagner les personnes en *bad trip*.

LA RÉDUCTION DES RISQUES : TOLÉRÉE PLUTÔT QU'ACCEPTÉE

Cependant, en dépit de sa pertinence en termes de santé et d'une certaine reconnaissance, la place de la réduction des risques n'est guère confortée, que ce soit sur le plan légal ou sur le plan des moyens.

Sur le plan légal

En janvier 2001, dans sa Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue, le Gouvernement reconnaissait pour la première fois la réduction des risques comme une stratégie, au même titre que la prévention primaire, le traitement et la réhabilitation.

Cependant seules les actions de réduction des risques visant spécifiquement la prévention du sida ont été réglementées, et ce, de nombreuses années après leur mise en place. C'est ainsi que l'arrêté royal donnant un cadre légal à l'échange de seringues n'est paru que six ans après l'ouverture du premier comptoir d'échange. Mais, réglementées ou non, les actions de réduction des risques subissent fréquemment les ingérences du monde judiciaire. Elles se développent ainsi dans un environnement très inconfortable qui les fragilise, au détriment de la santé de la population visée par ces actions.

Ainsi, depuis 2002, on a assisté à la remise en question de la pertinence d'une brochure de réduction des risques liés à l'usage de la cocaïne, à l'interdiction de tenir un stand d'information avec brochures dans une soirée à Ciney, à l'impossibilité de réaliser des interventions de réduction des risques avec testing de pilules et, dans la plupart des villes où l'échange de seringues se pratiquait parfois de longue date, à une remise en question des principes fondamentaux qui soutiennent ces actions.

Sur le plan des moyens

Les besoins en termes de réduction des risques sont élevés, et les ressources actuelles ne permettent certainement pas de tous les couvrir. Timidement, la réduction des risques fait ses premiers pas en prison, elle est absente en milieu sportif, elle ne permet pas l'accès au vaccin contre l'hépatite B, elle manque de moyens pour prévenir efficacement les hépatites C ou pour toucher le plus largement possible les consommateurs de drogues dites festives.

Pour terminer, puisque la question du caractère potentiellement incitatif brûle les lèvres de toutes les personnes qui doutent de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, en réponse je ferai, moi aussi, une analogie avec les problèmes de sécurité routière. Posez-vous simplement la question : circulez-vous plus rapidement en voiture parce qu'on vous oblige à porter une ceinture de sécurité ?...



Charte de la réduction des risques liés à l'usage de drogues

PRÉAMBULE

Cette charte a pour objectif de constituer le socle conceptuel de toute démarche pouvant se réclamer de la réduction des risques liés à l'usage de drogues en Communauté française de Belgique. Les signataires de la présente s'engagent à en respecter l'esprit et les termes dans leurs interventions relatives à l'usage de drogues. Cette charte a été élaborée à l'initiative de Modus Vivendi asbl, dont l'objet social est la prévention du sida et la réduction des autres risques liés à l'usage de drogues en Communauté française. Elle a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur socio-sanitaire concernés par la problématique.

Définition

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de drogues¹. La réduction des risques concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'appêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour consé-

quences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que les stratégies de réduction des risques se proposent de réduire.

Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. La réduction des risques se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, deux démarches dont elle se veut complémentaire. En effet, si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et/ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques 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 de consommer ces drogues.

Enjeux de la réduction des risques

Les épidémies du sida et des hépatites ont démontré qu'il était urgent d'aborder l'usage de drogues en termes de santé. En conséquence, la réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues. Cette approche socio-sanitaire de l'usage de drogues est parfois en tension avec d'autres enjeux, notamment sécuritaires.

1 Dans ce document, le terme " drogue " doit être entendu comme 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.

LES CONSTATS

Une société sans drogues n'existe pas

On ne connaît pas d'exemple d'une seule société humaine qui n'ait pas eu recours à une drogue ou un psychotrope quelconque. Il y a et il y aura toujours des personnes qui expérimentent, usent, voire abusent de drogues. Néanmoins l'usage abusif de masse semble être typique du monde contemporain, ce qui soulève des questions légitimes de santé publique. Ce constat, sans écarter le débat sur la causalité de l'usage et de l'abus de drogues, doit inspirer des stratégies de réduction de risques conçues dans une logique de santé publique.

Le risque zéro n'existe pas

Toutes les activités humaines comportent des risques qu'il est possible de réduire mais non de supprimer. La prise de risque fait partie intégrante de l'existence. Une vie sans risques est impossible. Personne ne peut s'y soustraire, ni l'usager de drogues, ni les intervenants.

La notion de risque est relative

Même s'ils adoptent certains comportements à risque (consommer une drogue, se l'injecter au risque de contracter une infection virale, s'exposer à une overdose, ...), les usagers de drogues ne sont pas prêts à tout risquer. La plupart d'entre eux témoignent d'un intérêt pour les modes de consommation à moindre risque.

La prohibition des drogues maximalise les risques

La prohibition contraint l'usager de drogues à la clandestinité, créant ainsi les conditions d'une consommation risquée. Il faut donc prendre acte du fait que la prohibition maximalise les risques liés à l'usage de drogues. Un accès légalisé et contrôlé aux drogues contribuerait à réduire les risques.

"Informer" ne veut pas dire "inciter"

Une information claire, crédible, objective et accessible sur les risques associés à l'usage de drogues n'a pas pour effet une incitation à l'usage de drogues, quand elle s'adresse à des personnes en situation de consommation. Il en va de même pour la mise à disposition de moyens de consommer des drogues à moindres risques.

LES VALEURS

Reconnaître l'usager de drogues comme une personne à part entière

La réduction des risques reconnaît l'usager de drogues avant tout comme une personne, avec sa dignité, son humanité. L'usage de drogues et la prise de risques associée peuvent avoir un sens pour la personne, même si ce sens lui échappe.

Ne pas juger la consommation de drogues

En tant que professionnels de l'aide sociale et de la santé, nous respectons l'usager de drogues dans ses

choix et décisions en ce qui concerne la consommation de drogues. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes.

Reconnaître des finalités propres à la réduction des risques

Les objectifs de la réduction des risques liés à l'usage des drogues, et en particulier la prévention du sida et des hépatites, ne doivent pas être confondus avec la prévention de l'usage de drogues. La prévention, le traitement et la réduction des risques concourent ensemble à la promotion de la santé de la population en général et des usagers de drogues en particulier. Pragmatique, la réduction des risques intervient auprès des usagers de drogues, à tous les stades de leur consommation, de leurs pratiques et de leur insertion sociale. Les objectifs de la réduction des risques ne sont pas subordonnés à ceux de l'abstinence, du traitement ou de la répression de la criminalité.

Affirmer le droit de l'usager de drogues à la participation sociale

En dépit du statut illégal de certains de ses comportements, l'usager de drogues a droit, comme tout individu, à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect. Pour autant que les moyens leur en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui ; ils peuvent être acteurs de la société et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il n'y aurait, par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation responsable des usagers de drogues.

PRINCIPES D'INTERVENTION

Ne pas banaliser l'usage de drogues

Les interventions de réduction des risques ne visent ni à encourager ni à décourager l'usage de drogues. La réduction des risques se préoccupe de ne pas banaliser le recours aux drogues.

Donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques

La réduction des risques s'attache à rendre accessible l'information sur les risques et les manières de les réduire et, au-delà, à procurer des outils pratiques tels que matériel stérile d'injection, préservatifs, analyse scientifique de substances, traitements de substitution, etc.

Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques visent à permettre aux usagers de drogues de s'appropriier les moyens et outils de réduire les risques pour eux-mêmes, leur entourage et la société. Elles soutiennent la création et le développement d'associations d'auto-soutien.

Aller à la rencontre de l'usager de drogues dans son milieu de vie

La rencontre des usagers de drogues est activement recherchée par les intervenants de réduction des risques. Ils privilégient l'approche " de proximité " c'est-à-dire l'intervention dans les lieux de vie mêmes

des usagers de drogues : en rue, en prison, au travail, en milieu festif, etc.

Faire participer les usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation.

Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues

L'usager de drogues véhicule généralement une image négative, relayée, entretenue, amplifiée voire générée par certains médias et discours politiques : asocial, dangereux, hors-la-loi, malade, etc. Ces représentations sociales négatives entretiennent la stigmatisation et l'exclusion des usagers de drogues. Renforçant ainsi les pratiques clandestines de ces derniers, elles restreignent l'accès aux dispositifs socio-sanitaires et contribuent à augmenter les risques.

A l'encontre de ces représentations sociales dominantes, la réduction des risques fait valoir la dignité des usagers de drogues tant auprès de publics spécifiques, tels que le monde politique, le monde associatif, les pharmaciens, les médecins, etc., qu'auprès du grand public.

Sensibiliser les professionnels de différents horizons

Les interventions de réduction des risques visent à associer toutes les personnes en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers de drogues (pharmaciens, employés communaux, agents pénitentiaires, agents de protection de l'environnement, agents de police, ...).

Développer une réflexion et une évaluation constantes

La dimension expérimentale du champ de la réduction des risques et les questions éthiques que soulève celle-ci imposent une évaluation constante des interventions, des pratiques et des besoins ainsi qu'une recherche sur les objectifs et les méthodes.



Comment réduire les risques liés à l'usage des drogues licites ?

Lorsqu'on parle de drogues, ce sont les mots " cocaïne ", " héroïne ", " XTC " qui viennent en premier à l'esprit. Bref, " la drogue " se résume très (et trop) souvent aux drogues illicites. Ces *a priori* ne sont pas sans conséquence pour la réduction des risques, dont le champ d'action est souvent axé sur les produits illégaux. Pourtant, alcool, tabac et médicaments prescrits sont sans aucun doute des substances psycho-actives susceptibles d'un usage abusif et qui peuvent provoquer des dommages pour la santé mentale, physique et sociale, voire entraîner une dépendance.

Les étudiants sont aux premières loges pour les trois produits. Un constat, chiffres à l'appui : la consommation de médicaments augmente en période d'examen (et les premiers prescripteurs sont les parents !). Il faut donc répéter, à chaque session, qu'il n'existe pas d'intelligence en sachets ni en cachets. On mettra aussi en place des " ateliers blocus " pour apprendre à gérer le stress.

L'alcool est associé aux fêtes et aux baptêmes d'étudiants. A Louvain-la-Neuve, l'asbl Univers Santé, créée par l'UCL en 2000, base sa stratégie sur l'implication des étudiants dans les actions entreprises. Une charte des baptêmes a ainsi été établie en concertation avec eux ; elle prévoit que des balises soient mises en place, qu'il n'y ait pas d'obligation de boire de l'alcool, que le respect de la personne soit érigé en principe. Une formation d'un an a également été organisée pour donner aux animateurs les connaissances de base et pour leur apprendre comment éviter ou contrôler les

dérapages lors des fêtes. Mais l'action la plus significative a porté sur la Fête du Vélo, qui avait donné lieu à des débordements violents et à des accidents graves. Cette fête avait progressivement dérapé, les distributeurs d'alcool en étant devenus les principaux organisateurs, et il s'agissait de revenir à un événement plus festif et sportif. Les stratégies auxquelles on a eu recours combinent prévention et réduction des risques : distribution gratuite de boissons non alcoolisées, conditions d'hébergement en cas de " coup de pompe ", mise en exergue du principe " si tu bois, ne conduis pas " et formation d'étudiants au repérage et à la gestion des excès. Résultat : les accidents ont chuté de moitié.

LE " CAS " DU TABAC

En matière de tabagisme, tout a débuté par une initiative d'étudiants non fumeurs qui se plaignaient d'être agressés par la fumée de cigarette même dans les auditoriums (la fumée présente dans les halls s'insinuant par les portes). Une enquête d'Univers Santé montre que le problème est partagé par la majorité des non fumeurs et que le terrain est favorable à un changement de comportement, y compris chez la majorité des fumeurs. S'appuyant sur la loi qui interdit de fumer dans les lieux d'enseignement ou de formation accessibles au public (arrêté royal du 15 mai 1990), le groupe d'étudiants porte l'affaire devant le Conseil des Affaires sociales et étudiantes de l'Université. Une action combinant communication

(rappels à la règle, affiches humoristiques, courriers individuels aux étudiants et au personnel) et logistique (déplacement des cendriers, nettoyage des abords des auditoriums) est mise en place. L'opération, qui a démarré à la Faculté de Droit, fait l'objet d'une évaluation et est ensuite étendue à d'autres facultés, en intensifiant et en améliorant tant les messages de prévention que les aspects logistiques. Une proposition d'aide aux fumeurs qui envisagent d'arrêter le tabac et des conseils pour la vie en 'kot' communautaire y sont ajoutés. Ici encore le résultat est très encourageant, l'objectif " auditoriums sans fumée " étant presque totalement atteint.

Toujours par rapport au public des jeunes, l'association Modus Vivendi a mis sur pied et coordonne des programmes de réduction des risques en milieu festif sur le territoire de la Communauté française. Le milieu festif est fortement concerné par l'usage de drogues, car s'il est avant tout un lieu d'amusement, de détente, de plaisir et de rencontre, c'est aussi un lieu de consommation : tabac, alcool, cannabis, XTC, etc. – autant de produits dont les usages impliquent des prises de risque.

Le projet vise à informer les consommateurs de produits psychotropes des risques liés à l'usage de drogues et des moyens de les réduire. Il cherche aussi à favoriser le développement de leurs aptitudes individuelles et sociales en leur offrant la possibilité de réfléchir à leur consommation et de faire des choix responsables et éclairés pour une meilleure gestion de cette consommation. Le projet tente également d'améliorer les connaissances des consommateurs

quant aux relais et structures d'aide locaux. Il est mis en œuvre par plusieurs partenaires sur le territoire de la Communauté française. Le matériel d'information se présente sous forme de brochures. Sur les huit existantes, deux abordent les drogues légales : l'alcool et les médicaments. Ces partenaires ont le dessein de réaliser également une brochure sur le tabac. Cette idée fait cependant l'objet de beaucoup de discussions parmi les pouvoirs subsidiaires mais aussi parmi les acteurs de la réduction des risques.

Une même question revient en filigrane : la réduction des risques est-elle possible pour le tabac, comme elle l'est pour d'autres drogues ? Mais on pourrait aussi se demander pourquoi la réduction des risques liés à l'usage de tabac ne serait pas possible... Faisons appel à l'histoire pour examiner cette question. Les premiers programmes de réduction des risques mis sur pied à la fin des années 1980 (échange des seringues, opérations Boule-de-neige) n'ont guère fait l'unanimité. A cette époque, le paradigme de l'abstinence faisait loi, tant parmi les autorités publiques que parmi les acteurs du secteur psycho-médico-social. Nombre d'intervenants estimaient que tout devait concourir à la dissuasion de l'usage de drogues (la volonté manifeste d'abstinence était d'ailleurs une condition à la prise en charge du patient).

Si, depuis quinze ans, les mentalités ont changé (plus personne actuellement ne décrie le principe de l'échange de seringues ou le " shooter propre "1), on peut se demander si la réduction des risques liés à l'usage du tabac n'est pas destinée à rencontrer les mêmes obstacles. Car nous sommes actuellement dans

1 Brochure d'information destinée aux usagers de drogues par voie intraveineuse, en particulier fréquentant les comptoirs d'échange de seringues.

une ère que nous pourrions qualifier de pré-prohibitionniste à l'égard du tabac. De plus en plus de mesures sont prises afin de diminuer l'accès au tabac ou de convaincre les individus de ne pas/plus consommer : augmentation du prix de vente, limitation d'âge à l'achat (16 ans), suppression du sponsoring et de la publicité pour les industries du tabac, campagnes anti-tabac, etc. Le paradigme de l'abstinence est la référence en la matière, et les stratégies de réduction des risques ne trouvent actuellement leur place que par rapport aux non fumeurs exposés à la fumée de tabac. Cette réduction des risques liés au tabagisme passif se développe de plus en plus, avec toutefois d'assez grandes disparités : ainsi, toutes les voitures de la SNCB circulant à l'intérieur de nos frontières sont (comme celles de la STIB ou des TEC) «fumeurs non admis», tandis que les cafés et les restaurants s'ajustent difficilement – voire de manière purement symbolique – à la règle de la séparation fumeurs/non fumeurs.

La lutte contre le tabagisme passif ne manque pas d'arguments, tant en termes élémentaires de citoyenneté (ne pas nuire aux autres) qu'en termes scientifiques (les nuisances sont démontrées). Ce qui ne la rend pas aisée pour autant, que ce soit sur le plan de la convivialité (gérer la cohabitation de fumeurs et de non fumeurs, éviter que l'un ou l'autre groupe soit exclus ou victime) ou de la psychologie (éviter de culpabiliser les fumeurs par rapport à un comportement qui est souvent, il faut le rappeler, une dépendance). Ainsi, on peut démontrer que le tabagisme chez la femme enceinte est nuisible à l'enfant qu'elle porte (diminution du poids à la naissance) et qu'une consommation réduite de moitié n'a aucun effet favorable dans le sens d'une augmentation significative du poids à la naissance, sauf si la consommation ini-

tiale était déjà faible, c'est-à-dire inférieure ou égale à cinq cigarettes par jour. Il n'est pas sûr qu'en soi l'argument portera chez une " grosse fumeuse ". Par contre, la qualité de l'écoute (car on ne peut écouter que si l'on a d'abord été écouté), un discours positif, responsabilisant, un regard dépourvu de jugement, le souci de ne pas se référer à des conseils généraux mais de " partir de la personne là où elle est ", peuvent se révéler fructueux.

QUELLE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES FUMEURS ?

Une stratégie de réduction des risques est-elle envisageable à propos du tabagisme actif ? La réponse est délicate car, jusqu'ici, aucune méthode de réduction du risque tabagique n'a fait la preuve de son efficacité. Plusieurs pistes sont envisageables. Maintenir un **bas niveau de consommation** constitue une piste au niveau individuel mais on ne voit pas comment on pourrait faire passer un pareil message au niveau collectif. On sait que les **cigarettes 'light'** sont un piège de l'industrie du tabac, qu'elles incitent le fumeur à en consommer davantage, ou plus intensément, pour obtenir l'effet psycho-actif désiré. Le **type de produit** est une voie un peu plus intéressante : le cigare est relativement moins dangereux que la cigarette en termes de morbidité-mortalité (maladies coronariennes, broncho-emphysème, cancers pulmonaires et aéro-digestifs supérieurs), mais les risques ne sont pas toujours significativement diminués.

La **réduction de la consommation** constitue, on l'a vu plus haut, une piste sérieuse en ce qui concerne le tabagisme passif. En va-t-il de même pour le tabagis-

me actif ? Rien n'est moins sûr, car cette réduction est le plus souvent de courte durée et, même si elle persiste, n'interrompt pas complètement l'exposition du fumeur aux toxines de la fumée. Or, en matière de cancer, c'est la durée totale de la période d'exposition qui est le facteur principalement responsable.

Au bout du compte, les stratégies de réduction des risques pourraient peut-être se diriger vers **les modes et habitudes de consommation ainsi que les croyances**. Voici quelques pistes de discussion (liste non exhaustive) :

- La cigarette avec ou sans filtre, roulée à la main ou industriellement, le cigare, la pipe, le narghileh : quelles différences sur le plan des risques ?
- Trois modes de consommation du tabac : mâcher, fumer, chiquer. Les risques sont plus grands après combustion du tabac.
- Informer sur les croyances autour de la cigarette *light* : quels sont les véritables risques du *light*, quelle différence avec les cigarettes " normales " ?
- On dit que les premières fumées sont les plus nocives : vaut-il mieux éviter de rallumer plusieurs fois sa cigarette ?
- Informer quant à la (encore plus) mauvaise qualité du tabac sur le marché noir.
- Informer quant aux risques spécifiques de fumer sans inhaler la fumée – même si ce mode de consommation est très rare chez les fumeurs réguliers.
- Le rapport entre consommation de tabac non fumé et dentition (promouvoir la visite semestrielle chez le dentiste, les soins particuliers...).
- Informer quant aux risques du tabagisme passif et aux moyens de les réduire.
- *Patches* nicotiques et cigarettes : quels sont les risques de dépendance au *patch* ? Quels sont les risques quand on cumule les deux ?.

- Le tabac et l'allaitement.
- Le tabac et la grossesse ; le tabac et les enfants.
- Le cumul de risques : p. ex. tabac et pilule contraceptive.
- La poly-consommation : tabac et cannabis, tabac et alcool, etc.
- Tabagisme et situation de consommation (fumer au lit, p. ex.) : quels comportements sont à éviter ?

Mais le choix de telle ou telle stratégie dépend aussi de la quantité et de la qualité des études et recherches consacrées à la réduction des risques liés au tabagisme actif. Les nombreuses études menées actuellement à ce sujet ne permettent pas de conclure qu'une réduction ou une modification de consommation du tabac entraîne une véritable réduction des risques de santé encourus par le fumeur.

TRAVAILLER SUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Un autre obstacle à la réduction des risques réside dans les représentations du tabac et du tabagisme. Les représentations (toujours liées aux valeurs) ne sont pas les mêmes chez les jeunes et chez les adultes... Lesquels sont concernés autant que les jeunes, et aussi bien à propos du tabac que de l'alcool. Mais les représentations varient aussi parmi les adultes. Une recherche menée par la FARES l'a bien montré, dont voici quelques conclusions saillantes.

- Le tabac n'est vécu comme une priorité que dans le cadre scolaire et, là, le discours socialement dominant est celui de l'abstinence. Lorsqu'il est question de réduction des risques, celle-ci vise avant tout la gestion, en termes d'espaces, de la coexistence

fumeurs/non fumeurs. Souvent aussi, le problème de la consommation est évacué même si la dépendance est reconnue.

- Dans les autres milieux de travail avec des jeunes, on perçoit un certain malaise chez les éducateurs, qui se sentent coincés par le discours prônant l'abstinence. Le tabac est une source de conflits entre eux : contrairement à d'autres produits, il n'amène ni modification de l'état de conscience, ni effets perturbateurs sur le comportement des consommateurs. Les éducateurs n'arrivent pas toujours à se positionner. Il est nécessaire d'analyser avec eux leurs propres représentations et perceptions, de resituer la place occupée par le tabac (le contexte, les notions de plaisir, d'alternative au stress, de contenance...) et de travailler sur les déterminants du tabagisme.
- Le discours de l'adulte doit être authentique (parler de sa propre expérience) et cohérent (cf. les règles imposées et bafouées par ceux-là même qui les imposent). Il faut se garder tant du discours dissuasif unique que d'une multiplicité de discours incohérents. La notion de modèle reste essentielle; le jeune reconnaît une expertise même au fumeur.

Faire de la réduction des risques en matière de tabagisme, ce serait peut-être d'abord ouvrir le débat, être à l'écoute de l'autre et de ses perceptions, adopter un dialogue sans jugement, mais aussi parler des associations dangereuses (tabac/pilule), du cumul des polluants, de l'usage du produit (inhaler la fumée, boucher les trous de ventilation), des risques moins connus (fertilité, performances sexuelles...), de l'évitement de la dépendance, de la cohabitation avec les

non fumeurs. Travailler dans le cadre plus global des assuétudes et de la promotion de la santé devrait permettre de diversifier les points de vue, amener une compréhension différente de la problématique du tabac, ouvrir à des questions telles que l'autonomie, la dépendance, le plaisir, l'estime de soi.

Cet article a été rédigé sur base des travaux de l'**atelier 1 des Assises**, dont voici les recommandations :

- **De nouvelles études scientifiques.** *Comme les études actuellement publiées sur diverses méthodes de réduction du risque tabagique ne permettent pas de conclure à leur efficacité, de nouvelles études devraient être menées. Elles prendraient en compte l'usager à la fois dans ses habitudes, ses manières de consommer, ses représentations, de même que les modifications possibles du produit lui-même ou de sa présentation.*
- **Un décloisonnement des mentalités.** *Il faut se rappeler qu'à l'époque de la mise en place des tout premiers programmes de réduction des risques, bien des intervenants du secteur psycho-médico-social estimaient que tout devait concourir à la dissuasion de l'usage de drogues. Ce rappel est nécessaire si l'on veut mettre sur pied des programmes de réduction des risques liés au tabagisme actif. Notre société tient souvent un discours d'abstinence, de moralisation et de culpabilisation par rapport au tabac dont il est difficile de se départir, même pour les intervenants, même pour les consommateurs.*
- **Pas seulement les jeunes.** *Les campagnes de stratégies de réduction des risques (MST, alcool, tabac, etc.) ne doivent pas s'orienter que vers les jeunes. Les plus âgés sont aussi un public à risques : rencontres professionnelles au restaurant, meetings,*

tabagisme sur le lieu de travail, pathologies déjà développées par suite d'un tabagisme prolongé.

Animatrice : *Delphine Pecsteen* (Eurotox)

Rapporteur : *Dr Pierre Baldewijns* (Mutualités socialistes)

Secrétaire : *Catherine* (jobiste, Modus Vivendi)

Personnes-ressources :

Maryse Degraen (Modus Vivendi)

Begoña Montilla (CLPS de Bruxelles)

Prof. Jacques Prignot (Université catholique de Louvain)

Florence Vanderstichelen (Univers Santé)



Sida et hépatites : a-t-on baissé les bras ?

A la fin des années 80, l'épidémie de sida entraîne des ravages parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI), le virus se transmettant par le sang et le matériel d'injection étant fréquemment échangé et réutilisé sans stérilisation préalable. Le sida va très vite obliger la société à repenser ses valeurs et ses priorités : empêcher que les usagers de drogues ne meurent du sida devient prioritaire par rapport à la lutte contre la dépendance.

C'est donc bien de la lutte contre le sida qu'est née la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Cette stratégie se veut avant tout pragmatique, concrète, directe. Il s'agit d'améliorer l'accessibilité des seringues et du matériel stérile d'injection, via notamment les comptoirs d'échange de seringues¹ et la distribution de pochettes Stérifix² en pharmacie. Il s'agit aussi d'améliorer les connaissances des usagers quant aux conduites à risques et aux moyens de réduire ces risques. Cela passe en particulier par le biais d'opérations baptisées Boule-de-Neige, où ce sont des usagers de drogues qui se font vecteurs d'information auprès de leurs pairs.

Ces actions montrent très vite leur efficacité en termes de prévention. Rapidement, on voit la préva-

lence du sida³ diminuer parmi les groupes de personnes qui s'injectent des drogues et, graduellement, le nombre de personnes qui s'injectent des drogues diminue. Mais les risques sanitaires liés aux usages de drogues ne se limitent pas aux risques de transmission du sida, ni aux risques liés à l'injection, ni aux risques liés à la consommation d'héroïne. Les usages et les modes de consommation, aussi bien que les risques, évoluent. On voit apparaître de nouveaux risques, comme les hépatites B et C, et d'autres types de consommation, d'autres produits.

Aujourd'hui, si la Belgique peut se targuer de présenter, parmi les pays d'Europe, un taux remarquablement bas de séropositivité pour le HIV, elle peut en revanche s'alarmer du taux élevé de séropositivité, parmi les UDI, pour les virus des hépatites, particulièrement de l'hépatite C. La prévalence des hépatites C est passée de 46% en 1993 à 54% en 2000. Parmi les consommateurs de cocaïne en injection, cette prévalence atteint le taux énorme de 63%. On sait aujourd'hui qu'en ce qui concerne l'hépatite C, l'usage de drogues par voie intraveineuse et pernasale est devenu la cause de la majorité de nouveaux cas en Belgique.

- 1 Au nombre de dix, actuellement, dans la Communauté française. Des équipes d'éducateurs de rue proposent aussi l'échange de matériel d'injection.
- 2 Kit d'injection comprenant deux tampons alcoolisés, deux flampules d'eau stérile, des conseils sanitaires et des adresses utiles. Il est gratuitement fourni aux pharmaciens, qui y glissent souvent deux seringues et le vendent à 0,50 € (prix conseillé).
- 3 Nombre (ou pourcentage) de cas de sida à un moment donné dans une population donnée.

On peut dès lors se poser une série de questions :

1. La prévention du sida n'est-elle plus la priorité qu'elle fut pendant les années 1985-1995 ? Y aurait-il chez les professionnels un effet de lassitude – ou se donneraient-ils d'autres priorités ? Quelles pourraient être les conséquences sanitaires d'une moindre importance accordée à la prévention du sida vis-à-vis des UDI ?
2. Pourquoi les dispositifs mis en place pour enrayer la progression du sida parmi les UDI n'ont-ils pas suffi à enrayer l'épidémie d'hépatites B et C ? Pourquoi les hépatites sont-elles encore aujourd'hui si mal connues et si peu dépistées parmi les UDI ?
3. Comment amener les UDI au traitement ? Quels sont les freins au traitement, et comment y remédier ?
4. En ce qui concerne la prévention des hépatites, et en particulier de l'hépatite C, où le bât blesse-t-il ? Quels pourraient être les moyens supplémentaires, les outils adéquats, les interventions appropriées pour faire avancer la prévention des hépatites ?

Voici quelques pistes de réponses à ces questions.

LA PRÉVENTION DU SIDA CHEZ LES UDI

Le sida comme les hépatites sont des infections sexuellement transmissibles (IST). Un des premiers moyens de prévention des IST en général – et donc du sida et des hépatites B et C – reste le préservatif. Il faut dès lors rappeler ces conditions de base que sont :

- la qualité intrinsèque des préservatifs;

4 Kit d'injection contenant une cupule stérile, un filtre et un tampon alcoolisé.

- leur accessibilité (même en prison, où les risques de transmission existent);
- le droit de les porter sur soi et de les utiliser (à Liège, il arrive que des prostituées se fassent embarquer par la police si on trouve des préservatifs sur elles);
- la continuité de l'information sur la prévention, notamment auprès des plus jeunes, nés avec la réalité du sida et du préservatif mais mal informés, et des personnes qui ont connu une vie sexuelle sans jamais faire usage du préservatif (p. ex. des étrangers arrivés récemment en Belgique).

Un autre mode de transmission des IST et des hépatites est la voie sanguine, via le partage du matériel d'injection. On rappellera que, si l'échange de seringues est réglementé par la loi, les Parquets interprètent diversement l'arrêté royal. Ainsi, à Charleroi, la détention tolérée par le Procureur est de cinq seringues au maximum par personne, alors qu'aucune mention quantitative ne figure dans l'AR. Il reste donc nécessaire de poursuivre les efforts de sensibilisation de la société dans son ensemble, et des milieux policiers et judiciaires en particulier, pour que les mentalités évoluent, permettant une mise en œuvre efficace des actions concrètes de réduction des risques.

Bien entendu, le nerf de la guerre reste les moyens financiers. La prévention et la réduction des risques buttent parfois sur l'impossibilité d'obtenir des sommes relativement modestes (p. ex. 50.000 € pour poursuivre une distribution correcte de Stéricups⁴) en regard de coûts thérapeutiques évitables et nettement plus élevés.

Enfin, il apparaît nécessaire de faire évoluer les messages et les discours de prévention pour qu'ils restent «audibles» et acceptables par les publics-cibles actuels – notamment en donnant aux gens l'information qui leur permet de “ confectionner ” eux-mêmes leur propre système de réduction des risques, “ sur mesure ” de leurs comportements réels, plutôt que de tabler sur un “ prêt-à-porter ” simplificateur.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA PRÉVENTION DES HÉPATITES

L'hépatite C représente actuellement un problème majeur. On estime que 170 millions de personnes dans le monde sont chroniquement infectées par le HCV (virus de l'hépatite C). En Belgique, environ 1% de la population totale (soit 100.000 personnes) est contaminé, et l'hépatite chronique C représente la première cause de transplantation hépatique.

Or la première cause de contamination est actuellement la consommation de drogues; en effet, les transfusions de sang ou de dérivés sanguins sont bien contrôlées pour l'hépatite C depuis 1990, et les autres voies de contamination sont mineures. Le risque chez les usagers de drogues est bien sûr lié aux injections mais aussi au partage de matériel accessoire (cuillères, filtres, etc.) et à la prise nasale (le *sniff*).

La prévalence des anticorps anti-HCV chez les UDI varie selon les études, mais est estimée en général à plus de 80%. Soixante-six études dans des pays de l'Europe de l'Ouest ont noté des prévalences des anti-HCV de 37 à 98%. En Belgique, cinq études ont montré des prévalences de 47%, 82%, 78%, 84 et 66%. Pour les usagers de drogues n'ayant jamais utilisé la

voie intraveineuse, une étude italienne a montré une prévalence d'infection par l'hépatite C de 20%, augmentant avec l'âge jusqu'à un plateau d'environ 40%. En Belgique, on a noté chez ces usagers une prévalence de 24,5% à Anvers et de 12,5% dans le Limbourg.

Les anticorps anti-HCV persistent à vie, même quand on a eu la chance (ce qui arrive chez environ 20% des sujets contaminés) d'éliminer spontanément le virus, peu après la contamination. La présence de l'HCV-RNA (génomme du virus C) indique par contre une virémie persistante et une hépatite chronique C. Sa prévalence, selon onze études dans des pays de l'Europe de l'Ouest, varie de 26 à 86% chez les ex-usagers de drogue, et augmente avec l'âge. En Belgique, une étude a montré que 94% des usagers ayant des anticorps anti-HCV étaient aussi positifs pour l'HCV-RNA.

L'association avec l'infection par le virus du sida (co-infection HIV/HCV) se trouve chez environ un tiers des patients séropositifs HIV. La toxicité hépatique des thérapies HIV actuelles est augmentée en cas de co-infection par HCV, mais l'infection HCV est aussi un facteur péjoratif pour la progression de l'infection HIV.

La prévention est donc très importante, mais elle est difficile : une étude à Glasgow a montré que la transmission continuait pendant une période d'intervention ; la prévalence des anti-HCV a diminué en Ecosse de 1990 à 1997 mais est restée stable ensuite. La base de la prévention est l'information (or, dans une prison de jeunes aux Etats-Unis, seulement 17% connaissaient les risques !). La méthode de la prévention par les pairs (des conseils de réduction des risques donnés par des usagers à d'autres usagers) est la plus efficace.

Retenons enfin que le traitement peut être une arme de prévention car il diminue la transmission...

LES TRAITEMENTS POUR LES HÉPATITES

Les traitements actuels sont efficaces : la combinaison interféron pégylé + ribavirine apporte une guérison («réponse soutenue», c'est-à-dire virus non détectable dans le sérum, six mois après le traitement) chez 56% de l'ensemble des patients ayant une hépatite chronique C, et même chez plus de 80% de ceux infectés par les génotypes 2 ou 3 (or le génotype 3 est justement plus fréquent chez les usagers de drogues). Les recommandations actuelles de traitement, adaptées à la Belgique, se trouvent sur le site web de la *Belgian Association for the Study of the Liver* (www.basl.be).

Ces traitements sont en général aussi bien suivis («compliance») par les ex-usagers de drogues que par les autres patients, et même avec une meilleure réponse (indépendamment du génotype). Ils sont aussi tout à fait envisageables et efficaces en prison (à Bruges, 12% des prisonniers dépistés étaient HCV positifs, 68% des cas traités ont eu une «réponse soutenue»). Le traitement de l'hépatite C est actuellement aussi recommandé chez les patients co-infectés HCV-HIV, dans le cadre d'études.

On peut ajouter quelques données techniques concernant l'hépatite C. La souche 3 répond le mieux au traitement (24 semaines de traitement suffisent), la souche 1 moins bien (48 semaines). Le coût approximatif d'un traitement de 48 semaines s'élève à 20.000 €. L'INAMI rembourse le traitement actuel à

partir d'un certain stade de fibrose du foie démontré par la biopsie, sauf pour les patients qui n'ont pas répondu à un traitement précédent. Il est presque toujours possible de faire bénéficier les autres patients d'un traitement gratuit via la participation à un protocole d'étude clinique. Enfin, il ne faut pas espérer un vaccin contre l'hépatite C avant plusieurs années.

L'apparition de traitements beaucoup plus efficaces de l'hépatite C induit la nécessité d'adopter une attitude beaucoup plus volontariste et interventionniste qu'auparavant pour amener les UDI contaminés vers ces traitements. Or beaucoup d'acteurs de première ligne, depuis les travailleurs de rue jusqu'à nombre de médecins généralistes, ne sont pas suffisamment conscients ou informés de cette situation. Un gros effort d'information et de formation à propos de l'évolution des traitements serait donc nécessaire.

Cet article a été rédigé sur base des travaux de l'**atelier 2 des Assises**, dont voici les recommandations :

- *Augmenter l'accessibilité du matériel stérile d'injection. Il est important de promouvoir le Stéricup en pharmacie et le Stérifix dans les comptoirs d'échange de seringues pour prévenir les hépatites et l'infection par le VIH.*
- *Augmenter l'accessibilité des préservatifs.*
- *Promouvoir un kit de sniff pour prévenir les infections virales.*
- *Développer des projets de réduction des risques (MST et hépatites) en prison.*
- *Rendre accessible plus rapidement le traitement des hépatites.*
- *Rendre gratuit le vaccin des hépatites A et B pour les usagers de drogues par voie intraveineuse.*

- *Sensibiliser à nouveau le monde politique à la prévention du sida et des hépatites (actions de lobbying).*
- *Favoriser le travail en réseau et l'échange de savoirs entre les partenaires du secteur psychomédico-social, les médecins généralistes et les médecins spécialistes.*
- *Sensibiliser les médecins généralistes au dépistage des hépatites.*

Animatrice : *Isabelle Donner* (Modus Vivendi)

Rapporteur : *Valérie Foucart* (Boule-de-neige, Bruxelles)

Personnes-ressources :

Sergio Carboni (Carolo Rue)

Joëlle Defourny (Centre de Référence Sida, Université de Liège)

Marc Freyens (Service Education Santé, Huy)

Dr Chantal de Galocsy (gastro-entérologue, Université catholique de Louvain)

Joël Van Lierde (Modus Vivendi)

Dr Jerry Werenne (Projet Lama)



Banaliser... Inciter...

Des risques pour la réduction de risques

Banaliser les drogues, inciter à la consommation : autant de critiques voire d'accusations portées à l'encontre des pratiques de réduction des risques. Comment se positionner par rapport à ces critiques qui mettent en question (ce qui n'est pas mauvais) mais jettent aussi le discrédit (de façon parfois délibérément malveillante) sur ces pratiques ?

La question se pose à tous les " partenaires " : politiques, professionnels, fonctionnaires. Les politiques sont extrêmement sensibles à toute interprétation qui assimilerait leur attitude à un encouragement de la consommation de drogues illicites – consommation qui est largement condamnée par une large partie de l'opinion publique.

Les professionnels qui s'engagent dans des actions de réduction des risques voudraient se situer – et être situés – clairement.

- Par les politiques : comment se rendre crédibles (" non, nous n'incitons pas à la consommation ; oui, les enjeux de santé publique sont du côté de la réduction des risques ") ?
- Par les usagers de drogues : comment réduire le risque (*sic*) de banalisation des comportements, comment éviter de réduire tout " consommateur " à cette même étiquette ?
- Par l'opinion publique : comment communiquer adéquatement, notamment via les médias ?

Les fonctionnaires, quant à eux, doivent rester en prise avec les politiques autant qu'avec les acteurs de terrain : comment étayer, sinon justifier, le discours et les pratiques de réduction des risques auprès des instances (communales, provinciales, ministérielles) dont on dépend ?

INCITATION ?

Il serait sans doute bon, tout d'abord, de distinguer incitation et banalisation. La première notion a des connotations extrêmement fortes : " encourager, entraîner, exciter, exhorter, instiguer, inviter, solliciter, aiguillonner, stimuler, motiver " (*Le Petit Robert*). Elle est d'emblée située dans un cadre juridico-politique, puisque la consommation de certaines drogues est légalement prohibée. La loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques stipule que nul ne peut importer, exporter, fabriquer, détenir, vendre ou offrir en vente, délivrer ou acquérir des substances psychotropes à titre onéreux ou à titre gratuit. Cette interdiction s'est faite (ou s'est déclarée) sur base d'objectifs de santé publique. Le cadre moral de l'interdiction est en lien étroit avec le cadre légal : la loi est censée représenter un cadre moral, appliquer des valeurs auxquels la majorité de la société civile adhère.

A cet égard, il est important de souligner que si, en France, l'ancien président de Techno Plus¹, Jean-Marc Priez, est passé devant le Tribunal de Grande Instance de Paris sur plainte du Procureur de la République, au motif qu'il aurait " favorisé et provoqué l'usage de stupéfiants " par la publication d'une plaquette d'information sur les mélange de produits et le 'sniff propre', cette accusation est en lien avec un revirement politique dans l'approche du phénomène des drogues. Les dispositifs de type testing² sont aujourd'hui interdits chez nos voisins³.

En Belgique, l'attitude des autorités publiques n'est pas tranchée mais, en tout cas, personne n'a jusqu'ici été inculpé d'incitation à la consommation pour avoir travaillé à réduire les risques liés à celle-ci. Néanmoins, si l'échange de seringues connaît aujourd'hui un cadre légal, il n'en va pas de même du testing ni de la prescription contrôlée d'héroïne. Les élus sont réticents à définir un cadre légal car la Belgique est liée par des conventions internationales.

Les politiques ont, du point de vue du terrain, une attitude ambiguë : tantôt ils impulsent, tantôt ils soutiennent, tantôt ils prennent leurs distances avec les actions de réduction des risques. Et, si la médiatisation de ces actions a l'avantage d'élargir le débat à l'ensemble de la société civile, elle peut aussi donner une image caricaturale des projets, les impératifs médiatiques l'emportant sur les enjeux sanitaires.

Ainsi, la pratique du testing a fait couler beaucoup d'encre. On lui a notamment reproché de donner un label de qualité à des produits prohibés et de faciliter la consommation (" on va croire que c'est permis "). Suite à l'opposition du Ministre fédéral de la Justice, M. Verwilghen, et en dépit du soutien de la Ministre communautaire de la Santé et de l'Aide à la Jeunesse, Mme Maréchal, aucune analyse n'a pu être effectuée depuis l'été 2002. Aucun texte ou courrier officiel n'a été rédigé ni communiqué. Aucune directive claire n'a jamais été donnée aux Parquets à ce sujet. Il a suffi d'une question parlementaire amplement relayée par la presse pour tout geler.

Autre exemple : la diffusion d'une brochure sur les risques liés à la sexualité sous l'emprise de drogues a été interrompue, notamment parce que son contenu a été jugé incitatif. Depuis, l'ensemble des associations subsidiées par la Communauté française doivent soumettre leurs textes avant publication à l'Administration et au Cabinet. Ces services sont pourtant subsidiés sur base de leurs compétences et de leur expérience, parfois longue.

Les promoteurs de la réduction des risques sont facilement identifiés comme les promoteurs d'une pratique illégale. C'est faire l'impasse sur la distinction entre la *reconnaissance de l'usage des drogues* – qu'implique en effet toute démarche de réduction des risques liés à celui-ci –, la " libéralisation " voire la

1 Association d'auto-support qui fonctionne en milieu 'festif' (festivals de musique, rave parties...).

2 Pratique consistant à analyser, à la demande du consommateur, un produit dont il doute de la qualité, du dosage ou des composants, ceci afin de réduire le risque de consommer des produits dangereux. Le testing a fréquemment été pratiqué dans les 'lieux festifs' où circulent notamment des pilules d'ecstasy (ou prétendues telles). Cette pratique facilite le contact avec les usagers de drogues et permet de créer un lien de confiance à partir duquel peut s'engager une discussion sur la consommation et les risques.

3 Hormis le cas de Médecins du monde, une ONG qui ne dépend pas des structures étatiques françaises.

réglementation de l'usage, et la légalisation de celui-ci. Le principe de la réduction des risques liés à l'usage implique la tolérance de celui-ci et l'abandon de l'idéal d'éradication. On fait porter l'effort de prévention, non plus sur la consommation en tant que telle (qu'il n'est plus réaliste de vouloir empêcher ou réduire à l'échelle de la population, échelle qui est celle de la santé publique) mais sur les dommages que la consommation peut causer à la santé (individuelle ET collective, donc publique).

La réduction des risques ne peut sans doute, pour l'instant, que naviguer entre les écueils juridiques et politiques. Sur les plans intellectuel et idéologique, elle vise à faire entendre une lecture différente de la santé publique, qui n'est pas radicalement autre, mais qui déplace son objectif de l'abstinence vers la limitation des risques sanitaires. Mais, ce faisant, elle heurte des valeurs sociales et morales dominantes aujourd'hui.

BANALISATION ?

Cette deuxième notion renvoie à des signifiants plus neutres : " action de rendre ou de devenir banal, ordinaire, d'entrer dans les mœurs " (toujours le *Petit Robert*). Plus neutres et peut-être même positifs, si l'on envisage la " socialisation ", la fin de l'ostracisme, la prise en compte par la société de phénomènes qui ont perdu leur caractère original, marginal, depuis un quart de siècle. Aux accusations de " banalisation ", on a beau jeu de répondre que celle-ci est de l'ordre des faits, non des intentions, et qu'elle ne date pas d'hier. On n'a pas trop de mal à trouver des exemples montrant que l'entrée d'un " fait de société " dans

l'ordre social n'est pas la cause, plutôt la conséquence du développement de ce fait de société (pensons par exemple à la contraception, à l'avortement). Et ce ne sont certes pas les usagers qui s'interrogent sur le caractère plus ou moins incitatif des dispositifs de réduction des risques.

Cependant, il n'est pas question de perdre de vue le questionnement éthique, l'interrogation de ses propres pratiques, de leur sens, de leur portée. Sortant du positionnement par rapport au juridico-politique, ne faut-il pas se retourner vers les bases du travail social : la triangulation, la place du tiers ? Ne pas chercher le neutralisme, ne pas esquiver l'interrogation sur ce que l'on pense, en tant que travailleur social, de quelqu'un qui prend des drogues, sur la représentation que l'on a de lui.

Le discours de réduction des risques peut effectivement paraître séduisant, même en donnant des informations " objectives " (l'objectivité scientifique elle-même peut provoquer une certaine fascination). Le travailleur social ne peut écarter d'un revers de main l'éventualité de demander au consommateur : " quel est le sens de votre démarche ? ". La réduction des risques ne peut éluder le travail de la *rencontre* de l'usager singulier.

Les critiques actuelles du testing sont les mêmes que celles qui étaient faites il y a quinze ans à propos des échanges de seringues. Pourtant il s'agit chaque fois, avant tout, d'un dispositif où circule de l'information. A travers la présentation que les médias en font trop souvent – mais aussi, peut-être, parce que c'est ce qu'il souhaite entendre –, le public ne voit pas qu'il ne s'agit pas simplement d'analyser des produits mais de

créer un contact, d'échanger des informations, de permettre la réflexion : l'usager de drogues marque un temps d'arrêt par rapport à sa consommation.

Dire les choses, donner de l'information, permettre aux gens de faire des choix : voilà des buts et des enjeux qui, en fait, ne sont pas propres à la réduction des risques ni à la promotion de la santé, mais à toute action d'éducation pour la santé. En décembre 1999, à la 11e Journée scientifique du RESO-UCL, Jacques Bury rappelait que l'essentiel n'est pas de donner aux gens des " messages ", mais des outils pour comprendre, pour décoder. Et il citait Erio Ziglio, soulignant l'importance que conserve l'éducation pour la santé en termes de " donner à l'autre des éléments de maîtrise "...

Cet article a été rédigé sur base des travaux de l'**atelier 3 des Assises**, dont voici les recommandations :

- *Replacer les pratiques de réduction des risques dans le cadre de la promotion de la santé et non seulement dans celui de l'usage de drogues : le terme " santé " est davantage connoté positivement que celui de " drogue " qui place directement le débat dans un cadre passionnel.*
- *Pratiquer un travail social qui se réfléchit et se remet en question, favoriser la réflexivité. L'intervenant ne doit pas éluder le questionnement éthique ni l'interrogation de ses pratiques. Il ne peut prétendre au neutralisme envers l'usager de drogues (représentations qu'il a du consommateur et de l'usage de drogues).*

Animatrice : *Catherine Van Huyck* (Modus Vivendi)

Rapporteur : *Catherine Végaïrginsky* (CLPS de Bruxelles)

Secrétaire : *Bérénice* (jobiste, Modus Vivendi)

Personnes-ressources :

Eric Goossens (directeur d'Ex-Aequo)

Dr Fabienne Hariga (directrice de Modus Vivendi)

Christophe Marchand (avocat, directeur de la Commission Drogues du CAL)

Myriam Monheim (psychologue, caw Mozaïek-Adzon)

Catherine Végaïrginsky (directrice du CLPS de Bruxelles, administratrice de Dune)



La place des pairs dans la réduction des risques

L'information ou l'éducation par les pairs constitue une démarche de prévention et/ou de promotion de la santé indépendamment des pratiques de réduction des risques. Cependant, c'est dans ce dernier champ d'action que cette stratégie s'est plus particulièrement développée chez nous, notamment dans les opérations Boule-de-neige depuis 1987. Ces opérations reposaient sur le recrutement et la formation d'usagers de drogues afin de permettre à ceux-ci d'informer leurs pairs quant aux risques liés à la consommation de produits psychotropes et à leur usage et quant aux moyens de s'en prémunir. Le principe de base étant double :

- les pairs sont (pour tout le monde, mais davantage encore chez les jeunes gens) la source primaire d'information;
- dans les groupes marginalisés, cette source d'information est souvent la seule qui soit investie de quelque crédibilité (voire même qui soit la seule accessible).

Mais, comme toujours lorsqu'il est question de modifier ou de redéfinir la place du public cible dans un projet de santé le concernant (il en va de même avec les habitants des quartiers dans les projets communautaires), la question du pouvoir se pose très vite. Ou plutôt, dans le cadre de ce débat, les questions suivantes :

- celle de la position de l'usager de drogues «chargé d'information» (appelé jobiste dans les opérations

Boule-de-neige) par rapport aux autres usagers;

- celle des positions respectives des professionnels et des usagers (y compris les jobistes);
- celle de la position des politiques par rapport aux projets dits participatifs, c'est-à-dire menés avec et non seulement vers la population concernée, particulièrement (mais pas uniquement, loin de là) en matière d'usage de drogues.

LE «PAIR»... ET LES AUTRES

La position du *pair* est déjà mise en question quant au choix du terme même. Le *Petit Robert* nous dit : personne semblable quant à la fonction, la situation sociale. Ce terme désigne donc indistinctement tout usager de drogues dans sa relation aux autres usagers: on est au même niveau¹ et, face aux mêmes difficultés, on échange des informations. Quelqu'un dira ainsi : « je ne me considère pas comme un jobiste mais comme un usager qui a l'info et qui la partage». La relation entre pairs peut engendrer une dynamique d'échange de savoirs et de compétences et, par là, de partage de pouvoir.

Certains préfèrent le terme d'*acteur* : personne agissante, personne concernée par l'action. Il se distingue de ses «pairs» par la prise de conscience, le désir de changement, l'investissement actif dans un projet. D'autres encore parlent d'*auteur* : auteur d'une his-

1 En espagnol, on dit *igual* (égal).

toire, proche de celle de ses pairs, mais aussi personnelle et unique. Ces termes sont perçus comme plus dynamiques et porteurs de citoyenneté.

Le terme de *jobiste*, enfin, fait référence à un boulot, un travail. C'est la mission d'information qui prime. Mission consacrée par une compensation pécuniaire. Cette dernière s'entend comme une reconnaissance des compétences acquises et du travail effectué. Elle pose cependant question. D'abord, contrairement à la plupart des jobistes belges, qui sont payés, les Français et les Espagnols travaillent sur base du bénévolat, ralliant beaucoup de candidats. Ce qui peut s'expliquer aussi bien par le militantisme que par la dimension du plaisir lorsque l'action a lieu en milieu festif, par une tradition caritative ou encore (en France) par les spécificités du cadre légal.

La question de la rémunération pose également celle de la motivation : que recherchent les personnes engagées dans une action participative ? Sans doute différentes choses en fonction de la personne et du contexte : l'argent (même s'il ne s'agit pas de sommes considérables) et/ou la valorisation, la reconnaissance et/ou l'action militante. Quoi qu'il en soit, rémunération ou bénévolat, il importe d'être clair vis-à-vis du public et au sein de l'association porteuse du projet. En effet, si l'initiative de CCLA (Citoyens Comme Les Autres, association d'usagers) a dû s'interrompre, c'est – parmi toute une série de raisons – parce que certaines personnes étaient rémunérées et d'autres non.

PROFESSIONNELS ET... PAIRS ?

Si certains perçoivent la position du professionnel dans un rapport, sinon d'égal à égal, du moins de grande proximité avec l'utilisateur, d'autres insistent sur la nécessaire différenciation voire l'inévitable séparation entre les deux. La différenciation entre professionnel et usager leur paraît essentielle. L'utilisateur a besoin que nous soyons différents : je reconnais l'autre dans sa différence et c'est ainsi que je peux lui apporter quelque chose. Dans cette optique, si on travaille «à égalité», ce n'est plus possible. L'égalité peut même apparaître comme un leurre : la densité de l'expérience humaine manque au professionnel, la distance méthodologique manque à l'utilisateur. Les places, les limites ne sont pas les mêmes, que ce soit en termes de compétences ou de déontologie (secret professionnel).

Ces questions se posent peut-être avec moins d'acuité – ou en tout cas la distinction s'établit moins fréquemment – lorsque les intervenants sont, au départ, des usagers réunis en groupe d'auto-support qui se sont, par la suite, professionnalisés. Mais d'autres considèrent que « lorsqu'on est entré dans la «professionnalité», on ne peut plus jamais être «pair» "...

Enfin, troisième figure du positionnement respectif de l'utilisateur et du professionnel, on mentionnera celle-ci, trop rare dans les actions communautaires (souvent lancées par des professionnels et/ou des politiques, et donc d'après le point de vue, la logique

d'action et les modalités d'organisation de ceux-ci) : on peut appuyer les actions collectives de groupes qui sont déjà à l'œuvre et qui n'ont pas besoin de professionnels pour les encadrer mais seulement de ressources pour les aider à faire ce qu'ils font.

LE RAPPORT AU POLITIQUE

La question du pouvoir se pose bien entendu dans le positionnement des politiques par rapport aux actions «participatives». Elle se pose tant aux professionnels qu'aux usagers impliqués dans ces actions. Les premiers doivent en permanence s'interroger sur leur position : intermédiaires (au risque d'être coincés)... ou relais entre les usagers et les politiques ? Mais alors, plutôt relais de ceux-ci vers ceux-là, ou de ceux-là vers ceux-ci ?... Médiateurs (en position de tiers) ? Mais dans quelle mesure cette position est-elle tenable vis-à-vis des politiques ?...

Quant aux usagers, la participation de ceux-ci au pouvoir de décision n'est pas sans limites ni paradoxes. Non seulement ce peut être un moyen pour les politiques de se donner bonne conscience et bonne image. Mais encore, comme le démontre l'expérience de CCLA :

- la participation d'usagers au conseil d'administration de l'association semble un idéal bien difficile à atteindre, dès lors que leur participation sur le terrain ne va déjà pas de soi la plupart du temps;
- lorsque cette participation est effective, encore faut-il que le pouvoir institutionnel et/ou politique

accepte d'entendre les questions que soulèvent les personnes concernées et de se remettre éventuellement en question. Faute de quoi, la «participation» apparaît comme une illusion de pouvoir.

Cet article a été rédigé sur base des travaux de **l'atelier 4 des Assises**, dont la recommandation est la suivante :

Respecter et intégrer dans les programmes de réduction des risques les apports respectifs des intervenants et des usagers de drogues. Il n'y a pas de savoir ni de pouvoir absolu : les pratiques de réduction des risques sont co-construites par l'intervenant et l'usager de drogues. C'est cette collaboration qu'il faut avoir à l'esprit et appliquer si l'on veut prétendre à une démarche de «prévention participative».

Animatrice : *Muriel Allart* (Modus Vivendi)

Rapporteurs : *Patrick Antoine* (Prospective Jeunesse) et *Jacqueline Collin* (Coordination Sida Assuétudes, Namur)

Personnes-ressources :

Virginie Debauche (assistante sociale, comédienne, jobiste à Modus Fiesta)

Didier De Vleeschouwer (membre fondateur de Citoyens Comme Les Autres et de Modus Vivendi)

Marie-Paule Giot (présidente de Modus Vivendi, partenaire des projets Boule-de-neige et Stérifix à Charleroi)

Olivier Sebrechts (coordinateur du caw Mozaïek-Adzon)



L'école en pétard !

La réduction des risques a-t-elle sa place en milieu scolaire ?

Si l'on situe les pratiques de réduction des risques en termes positifs, c'est-à-dire en termes d'éducation pour la santé et de *promotion* de la santé, on soulignera d'emblée – et ceci est particulièrement pertinent en milieu scolaire – qu'en cherchant à réduire les risques liés à l'usage de psychotropes, on ne poursuit pas seulement un objectif de prévention médicale (santé physique) mais aussi d'épanouissement et de bien-être (santé mentale) et d'inscription dans le lien social et la Cité (santé sociale, citoyenneté).

On rappellera aussi que la problématique de l'usage de drogues chez les jeunes d'âge scolaire est d'actualité : fortes prévalences des consommations d'alcool et de cannabis¹, "traque" des consommateurs organisée par certains chefs d'établissement, chantages au renvoi, actions de "prévention" ambiguës proposées par les forces de l'ordre. Autant de raisons de considérer que la question des consommations en milieu scolaire n'est pas une coquetterie intellectuelle et mérite toute notre attention. Mais comment l'aborder et, en particulier, comment l'aborder sous l'angle de la réduction des risques ? Celle-ci a-t-elle sa place en milieu scolaire ?

INSCRIRE LA QUESTION DES DROGUES DANS LA CULTURE

L'école, lieu de transmission de savoirs, lieu de sociali-

sation, ne doit-elle pas relever le défi de prendre à bras le corps la question des drogues pour l'inscrire dans la culture ? On observe que, là où un produit fait partie du paysage culturel d'un peuple, de sa civilisation, sa consommation est intégrée dans les comportements sociaux, gérée et contrôlée. Ainsi, l'opium consommé traditionnellement comme médicament familial et comme délassément vespéral par les hommes âgés dans le Triangle d'Or (Laos, Thaïlande, Birmanie) n'y provoque que de très faibles problèmes de santé et de dépendance, au contraire de sa forme concentrée, l'héroïne de contrebande, qui l'a remplacé là où il avait été éradiqué et qui s'est répandue mondialement, entraînant les dégâts que l'on sait.

Les feuilles de coca, mastiquées depuis des siècles au Pérou et en Bolivie, n'y ont jamais causé le moindre dommage ; la cocaïne extraite de ces feuilles a par contre entraîné des problèmes chez de nombreux Américains du Nord, et le crack dérivé de la coke a dévasté des quartiers noirs entiers dans les villes des USA. Les Indiens d'Amérique, qui fumaient rituellement le tabac mais ne connaissaient pas l'alcool avant l'arrivée des colons européens, ne sont toujours pas remis de l'introduction de l'eau-de-vie, et l'alcoolisme est endémique dans leurs communautés. Au Maroc, on fume le kif publiquement (les autorités se gardent de réprimer cette tradition bien ancrée) et on se cache pour boire une bière (le contrôle social est bien

¹ Voir notamment la dernière enquête HBSC (*Health Behaviour of School-aged Children*) de PROMES-ULB.

réel). Les variétés de kif et de haschich consommées sont légères. Fumer est anodin, mais fumer trop est réprouvé.

Par contre, en Belgique, les adolescents consomment fréquemment le cannabis sur un mode anémique et fanfaron, entre les cours et à la récréation, compromettant ainsi leur réussite scolaire. Aujourd'hui, le cannabis est banalisé, il est présent partout, un grand nombre de jeunes y ont goûté. Pourtant la " présentation des stupéfiants sous un jour favorable " reste un délit. C'est un obstacle à l'inscription culturelle des usages de drogues, qui implique d'envisager les deux faces de ces substances ambivalentes, leurs vertus et leurs dangers. Il est possible aux parents d'initier leurs enfants aux plaisirs et aux risques de l'ivresse alcoolique (par exemple le jour de la communion solennelle) ; ils peuvent leur parler des moments et des façons de boire appropriés et inappropriés. Il n'en va pas de même pour le cannabis, même lorsque les parents en ont eux-mêmes consommé : les " anciens " ne parviennent pas à communiquer leur savoir en la matière, ils s'engageraient " hors culture ", les mots et le savoir-faire leur font défaut.

Quant à l'école, elle apparaît comme le lieu même du conflit entre l'interdiction et la «civilisation» des drogues. C'est un lieu de transmission de savoirs (en ce sens la réduction des risques pourrait y être un acte «civilisateur» des drogues, elle pourrait les faire entrer dans la culture) mais c'est aussi un lieu de transmission de normes et d'imposition d'une discipline (et à cet égard la réduction des risques y serait un acte subversif). Les associations qui tiennent un discours de réduction des risques sont d'ailleurs elles aussi prises dans ce paradoxe de la subversion puisqu'elles vont à l'encontre du discours sociétal domi-

nant, qui condamne le recours aux drogues, mais qu'elle reçoivent des subsides et un mandat publics, en ce compris pour informer sur les usages de drogues à moindre risque.

QUELLE PRÉVENTION À L'ÉCOLE ?

La réduction des risques liés à l'usage de drogues se heurte en milieu scolaire à un présupposé solidement ancré : soit on ne parle pas de drogues à l'école, soit on en parle pour dissuader les jeunes d'en faire usage. Lorsque les associations et services de prévention sont contactés par des directeurs, des enseignants, des éducateurs, des médiateurs, des agents PMS, c'est à propos de situations – avérées ou soupçonnées – de consommation, d'échange ou de trafic de drogues. En général, la demande formulée par ces adultes concerne un ou des jeunes de la classe ou de l'école, et porte sur une intervention directe auprès des élèves – une " animation drogue ", une conférence, une séance d'information, ou encore " de la prévention " (?) – plutôt que sur un appui pouvant soutenir les adultes et les aider à assumer cette intervention. L'objectif le plus souvent énoncé est une mise en garde par rapport aux dangers des drogues, en espérant que les non-consommateurs n'auront jamais l'idée de commencer et que les usagers, en revanche, arrêteront d'en prendre.

L'inquiétude ou l'angoisse que les consommations génèrent montre que le sujet reste nimbé d'une sorte de tabou, de sorte qu'il ne pourrait être abordé que par des experts, supposés nantis du savoir-faire qui fait défaut aux profanes. Pourtant, il importe de ne pas remplacer les éducateurs mais de les soutenir dans

leur rôle, cette collaboration pouvant prendre diverses formes : une formation, un accompagnement de l'équipe éducative, un soutien individuel. Il s'agit principalement d'ouvrir des espaces de réflexion autour des drogues, certes, mais surtout autour de l'humain, des questions de l'existence, des traits et des caractéristiques de l'adolescence, des valeurs dominantes de nos sociétés. Il s'agit de provoquer un regard décalé par rapport à l'objet drogue, un regard davantage centré sur les individus et leurs contextes de vie.

Cette conception du travail de prévention ne se situe donc pas sur l'échelle classique (prévention primaire, secondaire, tertiaire), qui repose sur une vision médicalisante des problèmes de santé (les empêcher de se produire, les déceler et les traiter précocement, en réduire les séquelles et les récidives). En particulier, il ne s'agit pas – pas uniquement, en tout cas – de prévention primaire, parce qu'il n'est pas possible d'anticiper la rencontre entre l'individu et le produit, ni de connaître à l'avance le contexte qui favorisera ou non la consommation, ni de distinguer, parmi le public auquel on s'adresse, ceux qui consomment et ceux qui ne consomment pas de drogues. Ce travail de prévention n'est pas davantage compatible avec une visée d'éradication du problème (l'abstinence pour tous), qui étiquette, repousse ou écarte d'emblée les consommateurs, ignore leur contexte de vie et se focalise sur le(s) produit(s). Il s'agit plutôt de réfléchir et de construire ensemble, autour de la question des drogues (multiples), de leurs usages (variés) et des jeunes (divers et différents, usagers ou non), des attitudes plus adéquates.

Qu'en est-il du lien entre cette conception de la prévention et la notion de réduction des risques ? Telle qu'elle est définie la plupart du temps, c'est-à-dire

comme la mise en œuvre de mesures qui permettent aux usagers d'éviter ou d'atténuer les dommages liés aux consommations de drogues, la réduction des risques n'a pas encore sa place en milieu scolaire. En effet, la consommation de n'importe quelle drogue est encore considérée comme incompatible avec les objectifs d'apprentissage poursuivis par l'école. Par contre, si la prévention repose sur l'accompagnement des jeunes dans leur questionnement à propos des drogues, elle prendra évidemment en compte les questions qui portent sur la réduction des risques liés à la consommation.

DU CÔTÉ DES ÉDUCATEURS

Mais il ne faut pas s'intéresser seulement aux consommations des adolescents : il est même souvent plus pertinent de s'intéresser d'abord aux opinions et au vécu des adultes (en ce compris leurs consommations : tabac, boissons alcoolisées...). Au-delà des positions tranchées qu'ils affichent d'emblée, leur vécu est le plus souvent fait de désarroi, d'anxiété par rapport aux drogues illicites. Ils se sentent mal et peu outillés, dépourvus d'une formation adéquate, leurs points de repère sont brouillés, leur rôle est devenu flou, et ils ne sont pas d'accord entre eux, ce qui contribue à compliquer les choses en les empêchant de tenir un discours et d'avoir un comportement cohérents vis-à-vis des jeunes. Dans ce contexte brûlant sur le plan émotionnel mais aussi idéologique, la notion de réduction des risques – qui suppose de considérer la consommation comme une réalité à gérer et donc, à tout le moins, à tolérer – risque de passer pour une provocation libertaire ou un choix trop radical pour être pris en considération.

Face à l'angoisse et au sentiment d'incompétence que ressentent la plupart des enseignants par rapport aux drogues illicites, deux attitudes principales se manifestent parmi eux : soit, on l'a dit, faire appel à des experts (c'est l'attitude la plus fréquente) ; soit envisager de former des élèves volontaires à la prévention par les pairs (sur un modèle décalqué des opérations Boule-de-Neige). Cette deuxième option pose de nombreuses questions. D'abord, ne revient-elle pas, pour les éducateurs, à démissionner et à envoyer de jeunes volontaires au " casse-pipe " ? Plus largement, quelle place et quel rôle les adultes prennent-ils ainsi ? Ensuite, quelle place et quel rôle cette formule donne-t-elle au volontaire ? Le rôle d'expert ? La place de *primus inter pares* ? Comment sera-t-il connu, reconnu, identifié voire étiqueté par ses pairs ? Et cela implique une sélection soignée, une formation adéquate dispensée par des gens compétents et une supervision pour " soigner les soigneurs ". Qui définira les critères de sélection des volontaires et le cahier des charges de la formation ? Qui sélectionnera formateurs et superviseurs ?...

On ne fera donc pas l'impasse sur l'écoute des adultes, la réflexion en commun, la mise en question de la notion de prévention (qui se retrouve affublée d'au moins trois finalités différentes dans les discours ambiants : l'éradication, la sécurité, le vivre-ensemble) – et la reformulation du problème en termes *éducatifs* plutôt que préventifs. Ce qui implique de dépasser les oppositions (empêcher ou dissuader pour faire respecter les interdits et prévenir les problèmes de santé *versus* réduire les risques liés à la consommation et empêcher le décrochage scolaire) dans une optique plus positive de *promotion* de la santé et d'éducation *pour* la santé biopsychosociale : développer, augmenter, améliorer les aptitudes à se connaître, s'estimer,

faire des choix personnels, s'engager ensemble dans des activités socialement utiles, valorisantes.

DES PISTES DE TRAVAIL

Pour entamer ce travail, plusieurs pistes peuvent être empruntées. Un préalable est sans doute le travail sur **les représentations** ; divers outils éprouvés existent pour ce faire, notamment le théâtre-forum. Ce travail mettra en évidence des différences voire des oppositions. Mais celles-ci sont-elles regrettables ? Il n'y aura jamais un discours sur les drogues auquel tout le monde se ralliera. Malgré cela, la diversité des opinions est souvent occultée, comme si on cherchait une fausse cohérence, une unité de façade. Or cohérence n'est pas identité : on peut être cohérents sans être identiques, sans être d'accord sur tout, sans non plus prendre position sur tout, et en tenant sa place propre.

La réduction des risques, en milieu scolaire comme ailleurs, doit **concilier les intérêts de l'individu et du groupe** (c'est le principe même du système 'Bob' par exemple). En d'autres termes, il s'agit de prendre en compte les intérêts des élèves sans négliger ceux de l'école, et inversement. L'école ne peut notamment déroger à la législation qui règle, entre autres, la question de l'usage des psychotropes sur les lieux de travail. Bien que n'étant pas des " travailleurs ", les élèves sont concernés par cette réglementation. Il n'est pas acceptable qu'un élève se mette en danger ou mette en danger ses pairs, en utilisant par exemple une machine-outil alors qu'il n'est pas en pleine possession de ses moyens. On peut même passer de l'atelier à la salle de gymnastique : la pratique de certains engins ou exercices est incompatible avec un état d'ivresse. Ce sont déjà des exemples de réduction des risques en milieu scolaire.

Mais on peut aller plus loin, en abordant un enjeu particulier : la **prévention de l'échec et/ou du décrochage scolaires**. Il s'agirait de réduire le risque spécifique auquel le consommateur de substances psychotropes s'expose à l'école : mettre en péril sa scolarité. On sait les effets des ivresses alcooliques et cannabiques sur l'attention des consommateurs et sur leurs capacités cognitives. Il faudrait donc avertir les élèves qu'ivresse et apprentissage font mauvais ménage. Sans formuler de jugement de valeur ni de condamnation, on pourra s'inspirer des messages de sécurité routière (" si tu conduis, ne bois pas " devenant " si tu étudies, ne fume pas "), qui suggèrent au consommateur de différer sa consommation de manière à réduire un risque spécifique. Toutefois, que répondre à certains d'entre eux qui, par provocation ou de bonne foi, soutiennent que le cannabis les aide à se concentrer et fument un joint entre deux cours ? On pourrait peut-être leur proposer de tenter une expérience : calculer quelques conversions de francs en euros et vice-versa, avant et après avoir fumé un joint; puis comparer le temps qu'ils mettent à faire le calcul et le nombre d'erreurs qu'ils commettent dans l'un et l'autre cas !

Vis-à-vis des adultes, on peut essayer d'élargir le débat en partant non de la consommation de cannabis mais du **tabagisme** : à ce propos aussi les positions des enseignants sont souvent très tranchées (soit c'est le rappel de l'interdit et des dégâts du tabac, soit c'est le discours permissif) ; et, bien que le tabagisme n'empêche pas l'étude, il est interdit à l'école. On verra que les possibilités d'action débouchent également sur un dilemme :

- Aménager des lieux et des temps permettant aux usagers de tabac de fumer pose toutes sortes de questions pratiques (locaux disponibles, frais à engager, organisation...) et institutionnelles (oppo-

sition de la part d'enseignants, de parents...). Comment réguler ce changement : d'en haut (directive ministérielle) ou sur le terrain (en fonction du contexte local, le chef d'établissement fait des choix) ? Chaque option soulèverait des résistances, des blocages, de l'immobilisme, en fonction justement des contextes locaux.

- Interdire la consommation implique de sanctionner les élèves en cas de non respect du règlement, avec la perspective d'une exclusion pour ceux d'entre eux qui, déjà dépendants, ne pourront s'abstenir de consommer (alors que l'on considère par ailleurs l'exclusion scolaire comme un réel problème). Où est la priorité en matière de prévention et d'éducation : l'usage de tabac ou le décrochage scolaire ?

Face à des enseignants qui déclarent ne plus pouvoir remplir leur fonction pédagogique l'après-midi, confrontés à des élèves qu'ils perçoivent sous l'influence du cannabis ou de l'alcool, tout à fait incapables de suivre le moindre cours, on pourra pareillement élargir le débat en faisant valoir le **point de vue des jeunes**. Car il arrive que ceux-ci présentent leur consommation de cannabis et/ou d'alcool, non pas comme ce qui risque de les faire décrocher de l'école ou de rater leur scolarité, mais bien comme leur solution, comme le moindre mal qu'ils ont trouvé pour pouvoir rester à l'école. Ils incriminent les classes surpeuplées, les cours ennuyeux, l'ennui de la scolarité elle-même (aller à l'école jusque 18 ans même si on rêve d'autre chose), alors qu'ils ont épuisé le quota de jours d'absence auxquels ils est possible d'avoir accès sans sanction. " *On essaie de tenir le coup; si on ne fumait pas, si on ne se mettait pas en état de supporter ça, on serait tellement mal et énervés qu'on casserait tout à l'école* ". Il n'y a pas qu'une vision des choses...

Comment agir pour améliorer ce genre de situation ? Une piste, parmi d'autres, serait de ne pas " cibler " les consommateurs comme uniques porteurs du problème, de réinscrire ces consommations dans leur complexité et d'entamer **un travail sur le contexte scolaire**. Par exemple :

- amélioration de l'occupation des locaux;
- répartition différente des cours;
- changement de méthode pédagogique, privilégiant à certains moments l'interactivité;
- mise en place d'activités correspondant à certaines demandes des jeunes pendant la pause de midi;
- mise en place d'un projet interne à l'école (radio...).

Il ne s'agit pas ici de poursuivre l'arrêt complet des consommations (est-ce d'ailleurs un objectif réaliste ?), mais de faire émerger petit à petit un climat de cohabitation plus serein, où la plupart des personnes concernées pourront retrouver une place, un statut, un mieux-être. Et de permettre à l'institution de reprendre un fonctionnement plus fluide afin qu'elle puisse mieux rencontrer sa mission pédagogique.

Cet article a été rédigé sur base des travaux de l'**Atelier 5 des Assises**, dont voici les recommandations :

- *Entamer, avec les éducateurs et le personnel enseignant, un travail sur les représentations qu'ils ont des drogues, des consommations de drogues et des usagers, afin de démythifier, de " dédramatiser " la problématique. Outre les aspects informatif et formatif, cela permettra d'ouvrir des espaces de réflexion, de décaler leur regard sur l'objet " drogue ".*
- *Inclure les éducateurs et le personnel enseignant*

dans les enquêtes sur la consommation de drogues en milieu scolaire (les enquêtes actuelles ne ciblent que les élèves).

- *Cesser de cibler les consommateurs de drogues comme uniques porteurs du problème de la consommation de drogues en milieu scolaire. Il faut prendre en compte le point de vue des jeunes : le contexte scolaire (ennui, classes surpeuplées, etc.) est souvent désigné par ceux-ci comme un facteur poussant à la consommation.*
- *Promouvoir la conciliation des intérêts de l'individu et du groupe. L'école est un établissement à l'intérieur duquel il faut respecter des règles ; mais elle ne peut, pour autant, considérer la consommation de drogues parmi les élèves comme indépendante de son contexte et n'opter que pour une politique de répression.*
- *Prévenir l'échec et/ou le décrochage scolaires liés à l'usage de produits psychotropes (programme d'information de réduction des risques à l'intention des élèves consommateurs).*
- *Effectuer un travail sur le contexte scolaire (mise en place d'activités ou de projets internes à l'école, changement de méthode pédagogique, amélioration des locaux, etc.).*

Animateur : *Dr Jean-Pierre Jacques* (psychanalyste, conseiller scientifique de Modus Vivendi)

Rapporteur : *Patricia Thiébaud* (CLPS de Bruxelles)

Secrétaire : *Bérénice* (jobiste, Modus Vivendi)

Personnes-ressources :

Azadeh Banaï (coordinatrice du service de prévention d'Infor-Drogues)

Patrick Ceusters (psychologue, rédacteur en chef des Cahiers de Prospective Jeunesse)

Olivier Ralet (philosophe, professeur à l'IFS)

La réduction des risques dans les médias

Le choix des mots contre le choc des photos

" Polémique autour d'un test d'ecstasy ", " Verwilghen veut supprimer les «testings» ", " Brevet de qualité pour la drogue : une initiative de bonne volonté mais contestée sur le site du festival de Dour ", " Incitation à la toxicomanie ", " Ici on teste votre XTC ", " Drogues, rassemblements techno et festivals : on peut limiter la casse "... Quand la réduction des risques liés à l'usage de drogues fait l'actualité (en télévision ou dans les grands titres des journaux), il arrive que certains médias suggèrent voire soulignent que cette stratégie, qui n'est ni de la prévention dissuasive ni du traitement, flirte avec la légalité et incite peut-être à la consommation. Cette couverture de presse – écrite, radiodiffusée ou télévisée – n'est pas sans conséquences sur le travail effectué par les acteurs de la réduction des risques.

Ceux-ci, peu présents dans les médias, y apparaissent parfois de façon négative lorsqu'ils sont représentés. En fait, ils sont longtemps restés dans l'ombre, médiatiquement parlant. Ils réservaient leur communication à leur public-cible : les usagers de drogues – à l'exception d'une conférence de presse, de temps à autre, pour annoncer l'ouverture d'un comptoir d'échange de seringues ou pour faire connaître la diffusion des pochettes Stérifix en pharmacie. C'est assez récemment que les pratiques de réduction des risques ont commencé à intéresser les médias : en juillet 2002, à travers notamment les interventions menées au Festival de Dour. La représentation courante du Festival de Dour, c'est moins " on y entend de la

musique " que " de la drogue y circule " ... Et c'est la drogue qui amène les médias à s'intéresser à la réduction des risques. La médiatisation se focalise alors sur le testing des pilules d'ecstasy, oubliant ou faisant passer à l'arrière-plan les autres aspects du travail : informer, ouvrir un espace de dialogue, de communication et de réflexion.

Conséquences ? La couverture de presse a non seulement " refroidi " l'organisateur du festival, dont la collaboration est devenue réticente, mais aussi la plupart des organisateurs d'événements festifs, qui ont eu peur de l'image attachée à la réduction des risques. Le testing fit ensuite l'objet d'une querelle entre les ministres Maréchal et Verwilghen, querelle montée en épingle par les médias, qui ont présenté le testing comme donnant un label de qualité aux produits testés et accordant ainsi une sorte de feu vert au consommateur. Autre conséquence très négative : depuis l'été 2002, il est devenu impossible de faire du testing à Bruxelles et en Wallonie, alors qu'on le pratiquait à Dour depuis plusieurs années. De surcroît, le testing s'intégrait dans un projet plus large de base de données (comme cela se pratique aux Pays-Bas), projet qui est aujourd'hui au point mort.

Conclusion évidente : les acteurs de la réduction des risques ne peuvent pas faire comme si l'action des médias n'avait pas de conséquence sur leur travail. L'enjeu, pour eux, est le suivant : rester dans une attitude passive en termes de communication médiatique

les place en permanence en position de devoir se justifier et même se défendre. Comment prendre une attitude moins réactive, plus proactive ?

ANALYSER LE LANGAGE DES MÉDIAS

Quand on porte un regard critique sur tel reportage, tel débat télévisé – analysant les mécanismes qui sont à l'œuvre dans toute émission –, on constate que les choix techniques ont, sinon pour but, du moins pour effet de théâtraliser, de dramatiser la question, de troubler voire de déstabiliser le spectateur. Cette théâtralisation peut se retrouver dans la présentation du thème abordé (témoins masqués, voix modifiées, musique du type " fait divers "), dans le vocabulaire utilisé par les journalistes (" le fléau de la drogue "...), dans les informations elles-mêmes (présenter les pires situations comme courantes), etc. Un autre procédé constitue à présenter les informations utilisées comme objectives. Les médias désignent souvent des experts – qui ne sont d'ailleurs pas toujours tels – afin de donner un caractère d'authenticité et de véracité à l'ensemble du débat.

Prendre conscience de ces mécanismes et être capable de les décoder constitue une première manière de s'en " dépendre ". N'en disons pas davantage ici ; des outils d'analyse du langage écrit et de l'image existent par ailleurs.

Analyser ces mécanismes ne vise pas à dénigrer le travail des journalistes ni à diaboliser les médias. La recherche du scoop ou du sensationnel est d'ailleurs loin d'être le seul élément qui place l'intervenant social dans une position inconfortable lors des ren-

contres avec la presse. Sont aussi en cause la complexité même d'un sujet dont les nuances et enjeux ne sont pas faciles à saisir, et la difficulté de remettre en question les stéréotypes et les préjugés dominants.

CONNAÎTRE LE CONTEXTE DES MÉDIAS CONTEMPORAINS

Nous gardons tous dans notre imaginaire des journalistes héroïques ou exemplaires, de Tintin à Albert Londres, en passant par Bob Woodward et Carl Bernstein, du *Washington Post*, qui ont dévoilé l'affaire du Watergate, poussant à la démission un Président des Etats-Unis. Il est nécessaire d'aborder les médias d'aujourd'hui sans naïveté, en sachant dans quel contexte on joue. Dans quelle mesure la presse est-elle indépendante et a-t-elle pour objectif de donner des informations fiables ?

Nous sommes les témoins d'une concentration, d'une industrialisation des médias. A l'époque de la mondialisation, le maître-mot est le libre flux de l'information. Dans ce contexte de libéralisation, les enjeux pour les entreprises sont d'atteindre une taille suffisante et de se diversifier dans tous les secteurs de la communication. Il est vital, pour conserver les marges bénéficiaires, de maîtriser toute la chaîne de l'information : le contenu, la production, la diffusion et le lien avec l'abonné. On constate ainsi la multiplication des fusions, des concentrations de capitaux, et l'existence de participations croisées avec d'autres secteurs industriels (armes, agro-alimentaire, tabac, loisirs...).

La communication est ainsi devenue en premier lieu une marchandise qu'il s'agit de produire massivement. La télévision nous a habitués au vedettariat de

quelques présentateurs. La grande masse des journalistes y est invisible, prolétarisée. La situation dans la presse écrite n'est guère plus facile pour eux. Ils vivent souvent dans des statuts précaires (pigistes indépendants). Ils doivent produire, vite et beaucoup. Ils n'ont plus guère le temps ni l'espace pour rechercher l'information, la sélectionner, la recouper. Beaucoup de journalistes sont condamnés à être des retoucheurs de dépêches d'agences.

Autre élément de contexte : nous vivons dans un univers communicationnel ; tout le monde produit de l'info et en fournit aux journalistes. Les entreprises, les hommes politiques, les institutions, l'associatif, tout le monde recourt à des experts en communication. Et les médias, eux aussi, doivent communiquer sur eux-mêmes, afin de se vendre, de donner une bonne image pour faire croire à leur qualité, leur intégrité et leur impartialité. La surabondance de la production médiatique est telle que certains la considèrent comme une nouvelle forme, raffinée, de censure : le citoyen est noyé sous les informations, souvent redondantes, et ne parvient plus à analyser, critiquer, faire le tri.

Enfin, la presse fonctionne par mimétisme médiatique. On assiste à un emballement en boucle : un média accroche, dans la course à l'immédiateté, une information que les autres reprennent sans guère d'analyse. L'information est à la une de la planète en quelques minutes. La distinction classiquement enseignée entre les différents médias est en passe de disparaître : presse écrite, radio et télévision s'imitent l'une l'autre, se réfèrent l'une à l'autre. Les médias jouent aussi considérablement sur les émotions : il faut interpeller le spectateur, le lecteur, parler à ses sentiments. La dérive de ce recours à l'émotionnel est

souvent la simplification abusive : il ne peut y avoir qu'un bon et un méchant, qu'une vision des choses et son contraire.

DÉFINIR ET METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES DE COMMUNICATION

Si les médias donnent de la réduction des risques une image très... réductrice, il ne faut donc pas évoquer la théorie du grand complot ; c'est toute une culture qui s'est installée, à laquelle tout le monde participe. Qu'on le veuille ou non, on est " convoqué " sur la scène médiatique. Afin de faire face aux raccourcis, une stratégie de communication avec les médias peut être mise en place.

" Préparer le terrain ", anticiper

- Se familiariser avec le milieu médiatique, connaître son mode de fonctionnement, prendre contact avec des journalistes, travailler avec certains d'entre eux.
- Avoir une démarche proactive avec les médias, communiquer avec eux de manière structurée. Lorsque le journaliste a une vision plus claire et plus complète de l'action, il y a davantage de chances que celle-ci soit présentée clairement et complètement.
- Si la matière est complexe, comme c'est le cas ici, pouvoir simplifier, vulgariser, rendre accessible le contenu. Être prêt à répondre de manière simple et claire à des questions de base : qui, quoi, pourquoi ? Qui sommes-nous ? Que faisons-nous ? Pourquoi le faisons-nous ?...
- Maîtriser les chiffres ; connaître des exemples, des cas concrets ; être capable de légitimer (non justi-

fier) son action : " mon travail, c'est essayer d'éviter des problèmes de santé qui peuvent être graves ; travailler à réduire les risques liés à l'usage de drogues, c'est refuser la politique de l'autruche " .

Préparation d'une interview

- Prendre connaissance du média qui demande une interview ; prendre éventuellement contact avec le journaliste. Essayer de " contractualiser " (p. ex. : de combien de temps disposerai-je ?).
- Ne pas accepter toutes les propositions : évaluer les objectifs du média, estimer ce que la participation à une émission/interview peut " rapporter " en termes d'information et d'image, et décider d'y participer ou non (calcul risques/bénéfices).
- Choisir la personne qui sera le mieux à même de répondre (aplomb, compétences particulières, " passe bien à l'image "...).
- Définir le message prioritaire, celui qui devrait à tout prix être entendu ; le formuler de manière claire, simple et brève.
- Prendre conscience des questions qui seront probablement posées (" questions bateau "), et préparer sa réponse.

Attitude pendant l'interview

- Replacer les pratiques de réduction des risques dans le cadre de la *santé* et non seulement dans celui de l'usage de drogues : le terme " santé " est davantage connoté positivement que celui de

" drogue " qui replace directement le débat dans un cadre " passionné " .

- Reformuler la question, l'argumentation du journaliste, la remettre en perspective (p. ex. souligner son caractère réducteur, démonter ses effets pervers).
- Ne pas laisser passer les erreurs implicites ou explicites dans les questions ou les affirmations du journaliste ou d'un autre invité de l'émission. Ne pas corriger revient à avaliser. Quand le journaliste donne la parole, ne pas hésiter à revenir sur un point considéré comme clôturé, quitte à ne pas répondre directement à la question posée.
- Rester courtois, maître de soi et refuser de répondre aux provocations : répondre sur le terrain que l'on a choisi.
- Si l'on perçoit cependant qu'on est mis à mal par des procédés qu'on ne peut maîtriser, dénoncer, fermement mais sans agressivité inutile, le parcours de l'émission, remettre en question le cadre. A utiliser seulement en cas de nécessité : personne n'aime qu'on lui fasse la leçon à propos de son métier (d'où risques d'effets secondaires ultérieurs).

Si le choix du *final cut* échappe de toute évidence aux personnes interviewées, quelles qu'elle soient¹ – et c'est heureux, sinon bonjour la langue de bois généralisée ! –, il reste donc à ceux-ci la possibilité de développer des atouts en termes de connaissances (meilleure maîtrise possible du sujet), de savoir-faire (comment " bien passer " en radio et en TV) et de positionnement (négocier avec les journalistes, ne pas se laisser " embobiner " par l'intervieweur, choisir de répondre ou non à tel niveau d'une question, etc.).

¹ Bien que l'on voie se développer depuis peu, y compris dans un organe de presse " sérieux " et indépendant comme *Le Monde*, la mode de publier des interviews " revues et amendées " par la personne interrogée.

Cet article a été rédigé sur base des travaux de l'**atelier 6 des Assises**, dont voici les recommandations :

Avant la rencontre avec les médias

- *Faire du lobbying vers les médias, pour établir des relations moins ponctuelles avec ceux-ci.*
- *Prendre connaissance du type de média qui sollicite la rencontre.*
- *Calculer les risques, ne pas accepter toutes les propositions.*
- *Poser ses conditions lors du premier contact avec le journaliste.*
- *Se préparer avant la rencontre.*

Lors de la rencontre avec les médias

- *Replacer les pratiques de réduction des risques dans le cadre de la santé et non seulement dans celui de l'usage de drogues.*

- *Ne pas hésiter à reformuler la question, l'argumentation du journaliste, afin de déjouer les questions pièges.*
- *Corriger les erreurs qui sont implicites ou explicites dans les questions ou les dires du journaliste.*
- *Métacommuniquer, remettre en question le cadre de l'émission ou de la rencontre.*

Animatrice : *Maryse Degraen* (Modus Vivendi)

Rapporteur : *Catherine Végairginsky* (CLPS de Bruxelles)

Secrétaire : *Benoît* (jobiste, Modus Vivendi)

Personnes-ressources :

Antoine Boucher (Infor-Drogues)

Isabelle Donner (Modus Vivendi)

Dr Patrick Trefois (Question Santé)



Un tiers de prévention, un tiers de traitement, un tiers de réduction des risques ?...

Selon les moments de son parcours, l'usager de drogues peut être en contact avec des structures de santé dont les objectifs sont différents : dissuasion de l'usage des drogues, limitation des dommages liés à l'usage de celles-ci, retour à la non consommation (via un traitement de substitution par exemple). Ces trois approches peuvent-elles être compatibles voire complémentaires, non seulement pour les usagers de drogues mais aussi pour les intervenants médico-psycho-sociaux ? Si oui, dans quelles limites ?

Ces questions se posent de manière récurrente sur le terrain. Ainsi, certains comptoirs d'échange de seringues font actuellement partie des structures plus larges dont la mission première est le traitement (Start, les MASS en Flandre, Transit). Au début de la mise en place des comptoirs, il était difficile d'imaginer la cohabitation de finalités aussi différentes dans une même structure. Autre exemple : la relation entre un thérapeute et son patient devrait constituer une occasion de sensibiliser ce dernier aux risques infectieux liés à la sexualité, à l'injection ou au tatouage par exemple. Or on observe que les intervenants évitent généralement des questions telles que celles du dépistage du sida et des hépatites. Enfin, si la prévention primaire (objectif de non consommation) occupe une place importante en milieu scolaire, la réduction des risques y est, quant à elle, mal venue, bien qu'un grand nombre de jeunes soient consommateurs, à des degrés divers, de produits tels que le tabac, l'alcool ou le cannabis.

Plus largement, ne faudrait-il pas, idéalement, dépasser le découpage prévention / traitement / réduction des risques, et articuler ces trois offres dans une approche plus globale ? Le concept de promotion de la santé n'offre-t-il pas un cadre à cette articulation ? On retrouve ces questions sur trois terrains ou secteurs d'intervention, où elles se posent de manières différentes : en milieu scolaire, dans le travail de proximité avec les usagers de drogues (éducateurs de rue, usagers volontaires dans une action d'information par les pairs...) et dans les institutions de soins et de prise en charge.

PRÉVENTION ET/OU RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU SCOLAIRE ?

Des enseignants face à un groupe de jeunes apathiques souhaitent une intervention en urgence; des éducateurs sont déstabilisés par les risques de violence liés à la consommation d'alcool et ont du mal à s'ajuster avec d'autres intervenants; une famille s'inquiète de la consommation de cannabis et d'ecstasy d'un de ses enfants; des professeurs se posent des questions plus institutionnelles : la loi, l'autorité, les réactions à avoir dans un climat de délation créé par une intervention policière... Des demandes typiques, telles qu'elles sont adressées aux associations de prévention. Mais de quoi s'agit-il ? De prévention primaire ? De réduction des risques ? Voire de prise en charge ?...

La réduction des risques liés à l'usage de drogues est difficile à mettre en place en milieu scolaire¹ car cet usage y est interdit et parfois nié. Certaines écoles ne veulent pas entendre parler de réduction des risques (" il n'y a pas de drogues dans notre établissement "); il faut qu'un problème voire une crise se présente pour que les portes s'ouvrent. Les problèmes liés aux consommations ne doivent en tout cas pas être isolés des autres problèmes de santé. Les objectifs de prévention (primaire) doivent prendre place dans un cadre global de promotion de la santé, visant le développement des aptitudes qui augmentent l'estime de soi et le goût de vivre. Mais la gestion et la limitation des risques liés à l'usage de ces divers produits est propre à chaque individu. Le public visé comprend tous les éducateurs confrontés à l'usage d'un produit (et peut-être usagers eux-mêmes de tel ou tel produit : tabac, alcool, médicaments...) : mettre en place une initiative de prévention demande donc que l'on s'interroge d'abord sur ses propres comportements. Un soutien, une formation ou un accompagnement devrait donc être proposé à ces éducateurs.

LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ : COMPLÉMENTARITÉ DES TROIS APPROCHES

Le travail non spécialisé avec les usagers de drogues implique un positionnement du travailleur social où les trois démarches – prévention, réduction des risques, prise en charge – n'apparaissent pas comme étanches mais complémentaires. Selon la demande ou la situation vécue, le travailleur social pourra par exemple :

- informer des personnes qui ne se perçoivent pas comme usagers de drogues quant aux risques liés à leur consommation ;
- questionner sur leur consommation des usagers de drogues, les informer sur les risques qu'ils courent et sur les moyens de réduire ceux-ci ;
- soutenir l'utilisateur s'il souhaite arrêter ou mieux gérer sa consommation.

On essaie de placer la demande dans un contexte global de prise de risques, que ce soit en matière de sexualité, d'usage de drogues ou de tout autre comportement.

La position de l'utilisateur de drogues participant comme 'jobiste' volontaire à une action d'information par les pairs de type Boule-de-Neige est toutefois différente. Si cet usager tente justement d'arrêter de consommer, l'accepter comme volontaire ne revient-il pas à lui faire fréquenter à nouveau un milieu qu'il vaudrait peut-être mieux éviter ?... Malgré les résistances que fait surgir ce cas de figure, des expériences montrent qu'une articulation peut se réaliser sans mettre à mal l'une ou l'autre initiative.

PRISE EN CHARGE ET/OU RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU DE SOINS ?

Pour certains, la distinction entre prévention, réduction des risques et prise en charge est artificielle. Elle repose sur un modèle médical inadéquat (prévention primaire, dépistage précoce, traitement et suivi) et inutile – sauf pour obtenir des financements (chacun veut maintenir sa formulation, son cadre, pour

1 Pour plus de détails, on se reportera à " L'école en pétard ! ", pp. 35-40

répondre aux attentes des pouvoirs subsidiaires car, sur le terrain, le partage des offres de service est en miroir du partage des compétences politiques). Un exemple du caractère arbitraire de ce découpage est la prévention de la rechute : est-on dans la réduction des risques, la prévention primaire, la prévention tertiaire ? Ces trois axes doivent s'articuler car la rechute fait partie de tout processus d'arrêt de la consommation. Chaque institution définit un dispositif d'aide, mais chaque patient a son parcours propre : c'est l'usager de drogue qui doit être au centre du processus, c'est avec lui que les intervenants pourront définir sa demande et l'accompagner dans son parcours.

Sur le plan thérapeutique, quand la demande porte sur un médicament de substitution ou de maintenance, trois positions sont possibles :

- si l'usager veut recevoir un traitement de substitution, on exige qu'il arrête de s'injecter de la drogue (" haut seuil d'exigence ", il n'y a pas de place pour la réduction des risques liés à l'usage puisque celui-ci est considéré comme inacceptable) ;
- on accepte que, malgré le traitement, l'usager rechute, pourvu qu'il maîtrise son mode de consommation pour prévenir les risques d'infection (" bas seuil d'exigence ", notion qui laisse entendre que la réduction des risques est synonyme de nivellement par le bas, alors qu'il s'agit davantage d'une gestion souple de la consommation, avec ou sans traitement) ;
- on prend une position intermédiaire, qui consiste à être à l'écoute des 'couacs' du traitement, à accepter que le patient puisse rechuter, à l'aider à gérer ces rechutes en respectant son cheminement et en ajustant son " seuil d'exigence " en fonction de celui-ci.

Une question plus délicate est celle de la coexistence dans un même lieu d'une offre de soins et d'un dispositif de réduction des risques. Pour les thérapeutes, il est difficile d'accepter de coexister avec un comptoir d'échange de seringues : ils craignent que le patient soit remis en contact avec le milieu des consommateurs. Les patients eux-mêmes trouveraient contradictoire cette double offre dans un même lieu. Ici, la réduction des risques prendra plutôt place dans la relation thérapeute-patient (information sur les risques infectieux, etc.).

LES QUESTIONS TRANSVERSALES AUX TROIS APPROCHES

Malgré les différences qui viennent d'être exposées, deux notions au moins traversent les pratiques quel que soit le domaine d'intervention : l'analyse de la demande et le travail en réseau. Quel que soit le demandeur, il importe de travailler d'abord sa demande et de s'abstenir de brandir tout de suite un quelconque étendard : celui de la prévention primaire, celui de la prise en charge ou celui de la réduction des risques. Ne pas se précipiter dans la réponse à une demande telle qu'elle est formulée doit rester le B-A-BA de toute intervention.

Reste la question de la capacité à répondre à la diversité des demandes. Car, si des réponses diverses existent parfois au sein d'une même institution (p. ex. prévention primaire, traitements de substitution, soins de santé mentale), il s'agira le plus souvent d'orienter vers une autre institution. D'où l'importance d'un bon réseau constitué d'organismes différents mais complémentaires, ce qui suppose une philoso-

phie commune. Le réseau est davantage qu'un carnet d'adresses : c'est une communication forte, un espace de partage, une réelle synergie. Les éducateurs de rue mettent en avant la notion de tuilage, de recouvrement : on va accompagner l'utilisateur chez le relais et, une fois que le courant passe avec celui-ci, on se retire. On peut aussi procéder à l'inverse : faire venir le relais dans le lieu où le premier contact s'est produit avec l'utilisateur.

La constitution d'un réseau n'est toutefois pas exempte d'un certain nombre de difficultés :

- la tendance à garder son projet spécifique pour conserver son financement ;
- l'absence de ressources spécialisées (tout le monde se veut " généraliste ") ;
- l'absence de pharmaciens délivreurs de produits de substitution malgré la présence de médecins prescripteurs ;
- la méconnaissance des intervenants sociaux par le secteur médical ;
- le manque de moyens pour que la concertation entre professionnels puisse effectivement se réaliser.

Cet article a été rédigé sur base des travaux de l'**atelier 7 des Assises**, dont voici la recommandation :

Favoriser le travail en réseau. Celui-ci doit être constitué d'institutions et de services à finalités sociales, différents mais complémentaires. Il doit être un espace de partage et de communication animé d'une réelle synergie.

Animatrice : *Dr Fabienne Hariga* (directrice de Modus Vivendi)

Rapporteur : *Myriam Monheim* (caw Mozaïek-Adzon)

Secrétaire : *Dominique Werbrouck* (CLPS de Bruxelles)

Personnes-ressources :

Martine Dal (directrice de Prospective Jeunesse)

Myriam Monheim (caw Mozaïek-Adzon)

Dr Pascal Semaille (caw Mozaïek-Adzon)

Dr Gérard Van Woensele (Coordination Sida Assuétudes, Namur)



Dispositifs de réduction des risques : «ça se passe près de chez vous»

L'implantation d'un dispositif de réduction des risques liés à l'usage de drogues dans une rue, un quartier, une ville, un méga dancing ou un festival n'est pas forcément facile à assimiler pour l'environnement. Lorsque les intervenants sanitaires et psychosociaux établissent une action ou un dispositif de réduction des risques, leur priorité va aux usagers de drogues : ceux-ci sont leurs futurs " clients ", parfois ils sont associés à l'action, parfois même c'est de leur propre initiative que le dispositif voit le jour. Mais, si les usagers sont la priorité, l'environnement ne peut pas être négligé pour autant. Cette fois, il ne s'agit pas de communication médiatique, médiatisée, mais de communication directe, interpersonnelle, avec les autorités (communales, judiciaires, policières), avec le quartier, le voisinage, avec les organisateurs de lieux ou d'événements festifs, avec les usagers de drogues comme faisant eux-mêmes partie de l'environnement.

IMPLANTATION D'UN COMPTOIR D'ÉCHANGE DE SERINGUES DANS UN QUARTIER

A Charleroi, Le Comptoir comprend un lieu fixe et un dispositif mobile (éducateurs de rue), dans un quartier «chaud» à proximité de la gare – choix conditionné par de multiples contraintes. L'implantation a posé d'emblée à l'équipe la question suivante : le dispositif est subsidié et se situe dans un cadre légal, mais faut-il informer de son existence la population du quartier

(sachant que, chez les usagers de drogues, le bouche-à-oreille jouera) ? Comme l'équipe a " peur de faire peur " et qu'elle ne sait pas trop comment ni sur quoi communiquer, elle décide d'attendre, de fonctionner d'abord pendant quelques mois.

Les réactions de l'environnement sont marquées par l'ambivalence, qu'il s'agisse des habitants, de la police ou du Parquet. Ainsi, le comptoir doit subir deux visites policières sans crier gare; les explications données ensuite par la police «noient le poisson». Le Procureur du Roi demande une évaluation et impose un nombre maximum de seringues à distribuer; il fait également pression en agitant le risque de problèmes pénaux : il faudra recadrer en s'appuyant sur des ressources médico-scientifiques et juridiques.

Les voisins directs, quelques commerçants viennent poser des questions; leur inquiétude semble s'apaiser quand ils reçoivent des explications. Mais, entre eux, le discours est autre : quand un problème surgit, le comptoir est tout de suite désigné comme le fauteur de troubles, alors que d'autres services d'accueil (pour les prostituées, par exemple) fonctionnent dans le quartier. Les usagers de drogues provoquent quelques bagarres et règlements de comptes : des plaintes sont déposées à la police; dans un cas, on constate que le fait dénoncé s'est produit avant l'installation du comptoir ! Dès lors, le principe est aujourd'hui de vérifier de qui et de quoi il retourne, et d'aller discuter avec les gens.

On peut donc se demander si un défaut initial de communication ne se paie pas par la suite. C'est en tout cas la conclusion qu'a tirée l'association, qui n'avait pourtant pas négligé la concertation préalable, puisque onze associations étaient partenaires dans ce projet.

INSTALLATION DE DISPOSITIFS DANS LES BOÎTES DE NUIT

Le Service de Prévention de la Ville de Mons rencontre moins de problèmes avec le Parquet de Tournai, peut-être plus favorable à la réduction des risques. Il mène avec un partenaire français, Spiritek, des projets transfrontaliers dans une dizaine de boîtes de la zone Tournai-Mons-Maubeuge. Confronté à une augmentation de la consommation de nouvelles drogues de synthèse et à des modes de consommation à risque, ce service s'appuie sur la réflexion et l'expérience de Canal J¹, mais aussi sur la structure que celui-ci a mise en place à Tournai. Il faut d'abord tâter le terrain auprès des patrons, puis tenter de mettre un pied dans les boîtes, enfin faire accepter petit à petit les pratiques de réduction des risques. Car celles-ci restent difficiles à comprendre pour le patron de boîte comme pour le citoyen moyen. Il faut démontrer l'intérêt de la réduction des risques et expliquer ce que l'on va faire concrètement : monter un stand, distribuer des préservatifs, de l'eau, des kits de sniff, investir les parkings, faire des enquêtes...

Tous les outils ne sont pas acceptés partout; dans chaque boîte, il faut s'adapter et passer un accord avec le patron. Le contexte est parfois hostile : dans

un cas, la boîte est dans la ligne de mire d'une association de quartier ayant l'oreille du bourgmestre et bien décidée à faire fermer les lieux ! Le patron craint de lui donner du grain à moudre si des kits sont retrouvés à l'extérieur. On est aussi confronté aux intérêts économiques : certaines boîtes vendent des préservatifs, l'eau peut faire concurrence aux boissons en vente. Et, comme les écoles, les boîtes ont peur d'une image négative : accepter une intervention de réduction des risques reviendrait à reconnaître que de la drogue circule dans l'établissement. Certains sont très paternalistes (ou maternalistes) avec leurs clients : reconnaître la présence de drogue, c'est endosser le rôle du mauvais parent !

D'autres pistes de travail sont envisageables :

- l'établissement d'une charte du bien-être en milieu festif, sur le modèle de celle qui existe à Bruxelles (où le même ministre, Didier Gosuin, est compétent pour la santé et l'environnement), charte à laquelle les boîtes adhèrent sur base volontaire (label) mais qui deviendra peut-être à l'avenir une condition exclusive: une boîte ne pourrait plus ouvrir sans y adhérer;
- la prise en compte d'une concentration des risques autour des boîtes, notamment le risque d'accidents de la route liés à la consommation de produits psycho-actifs. Si les *Responsible Young Drivers* sont mal perçus par les jeunes «festifs» et ne se révèlent pas toujours aussi actifs sur le terrain que leur image médiatique le laisse penser, beaucoup de jeunes sont sensibilisés au système 'Bob' et disent le pratiquer. L'option transports publics est également à étudier, même si elle ne semble pas aisée à mettre en œuvre.

1 Voir l'ouvrage d'Alain Van Tournhout, *Techno, rêves... et drogues ? Rencontrer les jeunes dans les nouveaux lieux d'extase*, De Boeck & Belin, 2001, 224 p.

FACTEURS FACILITANTS ET OBSTACLES À L'IMPLANTATION D'UN COMPTOIR

A Bruxelles, LAIRR s'est d'abord appuyé sur un partenariat avec l'asbl Transit, la Commune de Schaerbeek, Modus Vivendi et Citoyens Comme Les Autres pour proposer un comptoir d'échange ouvert tous les jours à Bruxelles, dans les locaux de Transit, qui par ailleurs avait déjà préparé le travail. Ensuite, avant d'implanter le dispositif, l'association a fait le choix de discuter avec les autorités communales, la police, le voisinage, et de garder le contact tout du long avec eux. Les portes ont été ouvertes aux voisins pour «dé-diaboliser» le comptoir d'échange; l'équipe a fait en sorte de participer à la vie du quartier, faisant ses courses chez les commerçants du coin, etc. De son côté, la Commune avait peur de la consommation et du deal, mais elle a pu entendre que cela existait déjà et qu'au moins, grâce au comptoir, on ne retrouverait plus de seringues usagées dans la rue. Un accord a été passé avec le Bourgmestre de la Ville de Bruxelles et avec les commissaires de police de Schaerbeek et de Bruxelles-Ville, et les usagers qui fréquentent le comptoir ne sont pas poursuivis.

Pour autant, les obstacles ne sont pas négligeables : certains pharmaciens restent hostiles; l'association dépend en permanence de la bonne volonté des partenaires; l'équipe est très réduite, dépourvue de budget propre et de reconnaissance officielle. Aucun niveau de pouvoir n'ose investir financièrement. L'idée reste difficile à faire passer dans le concret, même si elle est mieux accueillie dans le discours. Et la multiplicité des pouvoirs de décision (et donc subsidiaires) à Bruxelles n'arrange rien.

LAIRR a joué le fait accompli : si le comptoir donne de bons résultats, l'association pourra essayer de convaincre les politiques de répéter l'expérience ailleurs. Ce choix est aussi lié à la composition du conseil d'administration de Transit, qui est très «politique» : Bruxelles compte 19 communes avec des majorités politiques différentes, d'où la nécessité de louveroyer tout le temps.

UN «COMPTOIR» ORGANISÉ PAR DES USAGERS

L'association Citoyens Comme Les Autres (CCLA) n'existe plus formellement aujourd'hui, mais il subsiste un dispositif «souterrain» basé sur des réseaux d'amis, qui distribue 3.000 à 4.000 seringues par an. C'est une initiative d'usagers qui ont fait alliance avec des professionnels (sans obtenir toujours d'eux tout le soutien souhaitable) pour répondre à un besoin qu'ils estimaient urgent. D'emblée, il s'est agi de travailler avec les usagers dans leurs propres réseaux, de considérer ceux-ci comme un atout.

L'association a démarré très discrètement, dans les Marolles, avec un dispositif de nuit : c'était le meilleur système possible en 1995 à Bruxelles, en l'absence de cadre légal et avec un Parquet non disposé à négocier. Des contacts informels ont été pris avec la gendarmerie et la police, et pendant sept ans il n'y a pas eu de problème. CCLA a choisi de donner la quantité de seringues demandée, de ne pas exiger de seringue usagée en échange et de porter attention aux autres matériels. Les limites d'une association non professionnelle ont entraîné le choix de priorités, en l'occurrence sur la soirée, ce qui a entraîné certains pro-

blèmes avec les usagers qui venaient au comptoir à d'autres moments. Une autre difficulté, non spécifique à CCLA, est l'absence de cadre légal et le manque de soutien politique à Bruxelles.

Ce type d'initiative ne s'adresse pas qu'à des usagers maîtrisant bien leur consommation : la gestion de leur consommation par les membres de l'association était fluctuante selon les individus et variait dans le temps. Par ailleurs, CCLA n'a pas touché tous les usagers, notamment les «festifs», qui pourtant n'étaient pas loin. Par ailleurs, il y avait aussi des gens marginalisés à l'association. Ce qui a d'ailleurs pu poser problème, par exemple lorsque des postes de gestion ont été confiés à des usagers qui n'en étaient peut-être pas capables. Si c'était à refaire, il faudrait sans doute songer à remettre les postes d'administrateurs aux usagers-militants et la gestion du comptoir à des professionnels car, si la qualité d'utilisateur est un atout, elle ne suffit pas.

USAGERS, INTERVENANTS ET QUARTIER : MÊME COMBAT ?

Au centre du triangle usagers de drogues-clients / intervenants / grand public se pose une question de *confiance*. Le grand public ne fait pas confiance aux usagers de drogues, mais peut avoir confiance (peut-être à l'excès) en des intervenants spécialisés. Lesquels ont à affronter cette dimension de la confiance vis-à-vis des usagers de drogues. Une dimension qui constitue une des composantes essentielles des problématiques liées aux toxicomanies dès que l'on accepte de décoller le nez du produit. Un très grand nombre de prétendus «échecs thérapeutiques» peuvent en réalité être attribués à la méfiance et aux préjugés réci-

proques qu'entretiennent intervenants et patients toxicomanes. La question de la confiance est d'ailleurs essentielle à toute démarche à caractère thérapeutique et psychothérapeutique. On peut pourtant constater que la question de la relation thérapeutique reste très peu prise en compte dans les services qui s'occupent d'usagers de drogues, que ce soit dans une approche de réduction des risques ou non.

Cette question a pu être prise en compte au cours de la recherche-évaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS), dans la mesure où celles-ci ont reçu pour mission spécifique de (re)mettre les usagers de drogues dits problématiques en contact avec les services «classiques» de soins, sans que les moyens de réaliser cette mission n'aient été précisés pour autant. Cette carence – et d'autres ambiguïtés du projet MASS qu'il serait trop long de développer ici – a poussé les équipes des MASS à approfondir leurs réflexions quant à leurs objectifs de soins. La notion centrale qui en émerge est celle de la reconnaissance mutuelle et du travail de la relation thérapeutique, ce qui implique de faire sens à chaque acte posé dans la relation entre les intervenants d'un service et les clients usagers de drogues.

Si l'intervenant travaille dans cette approche, le monde extérieur à l'institution peut aussi être mis à contribution dans l'accompagnement du client. Et voilà l'intervenant en position de médiateur entre les clients du service et le public extérieur, qui peut jouer un rôle d'agent socialisateur. La préoccupation de l'intervenant est alors moins de faire accepter son service par le public du quartier, que d'utiliser le quartier comme un élément supplémentaire de réduction des risques. Car la socialisation de la consommation est

une piste de travail. On voit bien que même le non-consommateur d'alcool a des connaissances sur la consommation de ce produit; il sait par exemple qu'on ne demande pas du cognac dans un verre à bière... ou alors on va se poser des questions ! Les cafés (comme les coffee-shops) sont des lieux de consommation socialisée et donc, aussi, de limitation des dérapages.

Comment implanter un dispositif de réduction des risques dans un quartier ? Comment intégrer l'usager de drogues dans un milieu qui lui est peut-être voire probablement hostile ? Mais aussi, dans l'autre sens, comment les habitants pourraient-ils aller vers l'usager ? Il est possible qu'ils fassent confiance aux professionnels qui «encadrent» les usagers. Or, un point qui n'est pas pris suffisamment en compte, actuellement, par les intervenants de terrain, c'est que le choix de la stratégie dépend (1°) des objectifs que l'on se donne et (2°) du contexte. On ne peut pas s'appuyer sur la population de la même manière selon le contexte (cf. plus haut l'association de riverains agressive). Mais les habitants peuvent aussi avoir un rôle socialisateur. Le quartier lui-même peut faire l'objet d'un travail de réduction des risques. A condition de ne pas verser dans l'ambiguïté que véhicule un certain discours ambiant, celui d'une réduction des risques qui permettrait de limiter les nuisances pour le citoyen moyen. Et non plus pour l'usager, auquel on dirait en quelque sorte " fais ce que tu veux tant que tu ne nuis pas aux autres ", ce qui va à l'encontre des objectifs de responsabilisation et de socialisation de l'usager.

Cet article a été rédigé sur base des travaux de l'**atelier 8 des Assises**, dont voici les recommandations :

- *Mettre sur pied un groupe de travail dont la mission serait de soutenir les nouvelles initiatives de réduction des risques (qui rencontrent souvent les mêmes difficultés), mais aussi les projets de réduction des risques en général (par exemple les comptoirs d'échange de seringues) qui sont parfois remis en question, à petite ou grande échelle. Ce soutien doit passer nécessairement par un travail de lobbying vis-à-vis des pouvoirs publics (sensibilisation, revendications, etc.).*
- *Etablir une charte du bien-être en milieu festif, sur le modèle de celle qui existe à Bruxelles, charte à laquelle les boîtes adhèrent sur base volontaire (label) mais qui deviendra peut-être à l'avenir une condition exclusive : une boîte ne pourrait plus ouvrir sans y adhérer..*
- *Prendre davantage en compte d'une concentration des risques autour des discothèques, notamment le risque d'accidents de la route liés à la consommation de produits psycho-actifs.*

Animateur : *Joël Van Lierde* (Modus Vivendi)

Rapporteurs : *Thomas Dubrunquez* (Accueil Drogues, Liège) et *Hervé Tasquin* (Observatoire liégeois des Drogues)

Secrétaire : *Alain Cherbonnier* (Question Santé)

Personnes-ressources :

Dominique David (Service de prévention de la Ville de Mons)

Didier De Vleeschouwer (membre fondateur de Citoyens Comme Les Autres)

Fahim El Otmani (Transit-LAIRR, Bruxelles)

Pablo Nicaise (ULB – CHU Brugmann)

Laurence Przylucki (Le Comptoir, Charleroi)

La politique de prévention des assuétudes et de réduction des risques en Communauté française

Nicole Maréchal

Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française

Si la Communauté française est présente à ces Assises, c'est bien parce que la prévention des assuétudes et la réduction des risques en matière de drogues rentrent dans le cadre du décret du 14 juillet 1997 relatif à la promotion de la santé, voté alors à l'unanimité.

Plus précisément encore, ces thématiques sont définies comme prioritaires par le Programme quinquennal de Promotion de la Santé en Communauté française, qui a servi de cadre de référence de 1998 à 2003 et dont l'actualisation pourra prendre court de 2004 à 2008.

TYPES D' ACTIONS SOUTENUES PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

- Des programmes de prévention et de formation à l'attention de la communauté éducative et des acteurs de promotion de la santé.
- Des programmes de réduction des risques, à l'attention des usagers seulement (nous allons y revenir).
- L'édition de brochures, d'études, de recherches.
- L'organisation de congrès, séminaires, journées d'étude.
- Le soutien aux activités liées au Sous-point focal, au Point focal (réculte des données pour l'Europe) et à la Cellule " Politique de santé en matière de drogues " liant le fédéral et les entités fédérées.

PRÉVENTION PRIMAIRE ET RÉDUCTION DES RISQUES

Soyons clair et sortons des caricatures où l'on m'a parfois enfermée. L'objectif premier de la Communauté française est d'éviter que des jeunes, notamment, consomment tant des drogues licites qu'illicites. C'est pourquoi les trois quarts du budget " Assuétudes " concernent la prévention primaire, même si ces projets ne font pas grand bruit. Si la prévention primaire recueille la plus grande part de ces budgets, ceux-ci restent étriqués. Cependant, dans le cadre du refinancement de la Communauté française, la prévention des assuétudes est une des priorités retenues. Dès 2004, des moyens supplémentaires seront donc disponibles, croissants jusqu'en 2010.

Mais il y a une grande lucidité de la Communauté française depuis le décret de 1997 et le Programme quinquennal. Cet objectif de prévention primaire ne doit pas nous empêcher de voir la réalité en face : des drogues sont consommées. Elles l'ont été de tout temps et sous toutes latitudes, qu'il y ait ou non répression. Et, face à ces consommateurs, la responsabilité politique doit aussi s'exercer en termes de santé publique : sinon, on ne remplit pas notre mission. Celle-ci nous place dans une position souvent paradoxale, puisque nous devons communiquer avec des consommateurs et les aider à ne pas faire courir trop

de risques à leur santé alors qu'ils utilisent des produits interdits par ailleurs... Interdits ou illicites parfois, mais pas toujours ! En effet, cette logique de réduction des risques se développe aussi face à l'alcool ou les médicaments psychotropes par exemple.

L'objectif de la réduction des risques c'est d'informer les consommateurs sur le risque qu'ils font courir à leur santé par leur consommation. Cette approche non moralisante permet de renouer le lien et de donner à la personne les capacités de préserver sa propre santé. Elle permet donc :

- d'entrer en contact avec les usagers et, pour ceux qui en font la demande, de les orienter vers les services spécialisés ;
- de mieux connaître et de répertorier les produits qui circulent, et de prendre des mesures en cas de découverte de substances mortelles (en 2001, par exemple, nous avons été alertés par les autorités françaises de la circulation de pilules mortelles si elles étaient consommées avec de l'alcool) ;
- de réadapter les programmes de prévention et de réduction des risques.

C'est dans les années 1980 qu'apparaît la politique de réduction des risques, dans le sillage de la prévention du sida. En 1989, des actions de prévention par les pairs (opérations Boule-de-neige) apparaissent en Belgique. En 1994 suivent les comptoirs d'échange de seringues en Communauté française.

En ce qui concerne l'XTC, en 1990, les Pays-Bas mettent en place un programme d'analyse chimique du contenu des pilules. Les analyses sont transmises aux consommateurs pour leur information, mais sont aussi récoltées pour répertorier les substances testées

et développer des programmes de réduction des risques adaptés à ces consommations.

Suite à une demande de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies en 2000, une étude a été réalisée sur les interventions de *pill-testing* réalisées dans l'Union européenne (objectifs, méthode, résultats, évaluation). Ce document reprend l'analyse des projets réalisés en Autriche, en France, en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Espagne et en Suisse.

Le testing consiste en une analyse de pilules, réalisée en présence d'un consommateur. Cette analyse, accompagnée d'informations de réduction des risques et de messages préventifs, est complétée par une analyse plus détaillée du produit dans un laboratoire de toxicologie quand le consommateur le désire. Le délai est alors plus long.

Dans le cadre des **recommandations européennes**, il est indiqué que " pour être capable de détecter de nouvelles substances ou des substances rares, par des moyens analytiques, nous devons être en possession d'échantillons de références (...). Une banque de données de toutes ces substances psycho-actives connues devra être réalisée en Europe (...). Des projets scientifiques et des projets de *pill-testing* devraient permettre d'obtenir des échantillons de référence pour des objectifs scientifiques et de réduction des risques. "

J'ai ainsi confié une recherche sur la consommation d'XTC en Communauté française à l'asbl Eurotox afin d'obtenir une meilleure connaissance du phénomène de la consommation de nouvelles drogues de synthè-

se et d'aider, au départ des recommandations, tous ceux qui sont concernés par cette question (politiques, juges, éducateurs, enseignants...) à rendre leurs interventions et actions plus pertinentes. Cette pertinence, c'est celle que leur reconnaîtront les jeunes consommateurs alors portés à se pencher de façon informée sur leur consommation et surtout sur leurs comportements.

Cette recherche, *Ecstasy : pilules sans ordonnances. Usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse*, vient de donner naissance à une brochure destinée aux acteurs qui pourront y découvrir des éléments de réponse : qui consomme, où, quand, comment... Voyons cela de plus près avec quelques chiffres et brisons les stéréotypes.

ÉLÉMENTS ET RECOMMANDATIONS DE L'ENQUÊTE ECSTASY

L'XTC n'est pas consommée seulement lors de *rave parties* ou de soirées techno : si l'enquête montre que 82% des usagers consomment en boîtes de nuit et plus ou moins 60% dans les raves et les festivals, il faut noter que 48% déclarent également consommer chez eux ou chez des amis.

Les drogues de synthèse ne sont pas consommées seulement par des adolescents en crise ou rebelles : 45% des consommateurs sont des étudiants, dont certains en font usage le week-end, lors de moments festifs, et 34% des usagers ont une vie professionnelle.

La moyenne de consommation en une occasion est d'un peu moins de trois pilules ; 40% des usagers consomment une fois par mois et 27,5% de 2 à 3 fois

par mois, mais 5% consomment quasi quotidiennement.

Je tiens également à relever un élément qui me semble essentiel : l'information aux consommateurs est difficile mais la recherche a pu mettre en évidence qu'elle est possible si on respecte certains critères. Il faut, par exemple, que l'information soit crédible, sérieuse et rigoureuse, se référant aux connaissances scientifiques. L'information ne doit pas être moralisatrice ou stigmatisante. Enfin, c'est l'information qui doit aller vers l'usager puisque l'inverse ne se produit quasi jamais.

A cet égard, l'expérience de l'asbl Modus Vivendi dans le cadre des milieux festifs ou de consommation, dans un contact personnel entre l'intervenant de terrain et le consommateur, dans un climat de confiance et de dialogue, est remarquable. Les acteurs de terrain peuvent s'enorgueillir d'une expertise de plus de vingt ans et elle est digne de respect : ils savent à qui ils s'adressent, comment et pourquoi. Ce sont de vrais professionnels.

J'ai dès lors pris la décision, suite aux résultats de la recherche menée par l'asbl Eurotox, d'allouer une subvention à une équipe mobile de réduction des risques, dont un des axes du programme est le *testing*. Je dis bien UN axe, ne nous arrêtons pas au seul *testing*. L'intervention de l'asbl lors de festivals ou dans les mégadancings va plus loin : information, soutien psychologique, lieux de repos, distribution de préservatifs...

Ce que nous pouvons d'ores et déjà constater, c'est que le *testing* a permis, à plusieurs reprises, à des consommateurs de délaisser un produit car sa compo-

sition n'était pas ce qu'ils en attendaient. Elle nous a permis aussi de faire savoir rapidement sur un site festif que des produits dangereux circulaient et d'éviter ainsi bien des incidents graves.

QUELLES POLITIQUES ?

Il est évident qu'il s'agit de mener des politiques en concertation avec les acteurs et les différents niveaux de pouvoirs (Santé publique, Justice, Intérieur...). Il est indispensable de varier, d'additionner et de développer dans la cohérence différentes stratégies.

En conséquence, s'il fallait retenir des lignes de forces pour la politique de la Communauté française en matière de prévention des assuétudes, je retiendrais :

1. Le renforcement de l'approche " promotion de la santé " des assuétudes tant au niveau de la population cible et des acteurs de terrain qu'au niveau des politiques de santé publique et des différents pouvoirs publics. Le décloisonnement des approches à l'ensemble des assuétudes (drogues, tabac, alcool, médicaments psychotropes) doit être approfondi. En effet, les attitudes sont plus importantes que les produits et on voit se développer des phénomènes de polytoxicomanie.

2. La prévention, c'est-à-dire agir avant que le problème ne se pose, c'est le mot d'ordre qui doit rester une priorité pour tous. Il s'agit de poursuivre le travail d'information, de sensibilisation, d'éducation pour éviter que des jeunes, notamment, consomment des drogues licites ou illicites.

3. Les actions de réduction des risques permettent d'informer les usagers des risques qu'ils prennent en matière de santé (sans les culpabiliser), de les écouter, d'orienter ceux qui le demandent vers des services d'aide et d'avoir une idée plus précise des produits qui circulent, de faire diminuer les risques en matière de transmission du sida (comptoir d'échange de seringues) et de transmission des MST via la distribution de préservatifs.

4. La nécessité de cohérence et de durabilité : l'inscription du travail des acteurs dans la durée par la mise en place de programmes pluriannuels et dans la concertation entre eux, entre eux et les pouvoirs publics, et entre pouvoirs publics. Il est indispensable de travailler à l'harmonisation d'une politique de coopération transversale entre les entités fédérées et l'état fédéral. La Cellule Drogues est un premier pas dans ce sens. Il faudra l'évaluer.

5. La répression des trafics est légitime dans un Etat de droit, des actions doivent être développées dans cette optique. Je pense que nous sommes tous d'accord sur ce point. La lutte contre les mafias, les dealers, le blanchiment d'argent doit être renforcée. Cela dépend du niveau fédéral.

On constate que le fédéral est également ouvert à différentes stratégies. La lecture de la directive (2002) du Ministre Verwilghen quant à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail des drogues illicites ne dit rien d'autre, puisqu'il prévoit également comme instrument d'une politique de drogues trois éléments :

- la prévention pour les non-consommateurs et les consommateurs non problématiques ;

- l'assistance, la réduction des risques (méthadone, échanges de seringues) et la réinsertion ;
- la répression pour les producteurs et les trafiquants.

Je vous livre un extrait de ce texte : " La seconde priorité (assistance, réduction des risques et réinsertion) concerne aussi les toxicomanes qu'il faut aider à vivre le mieux possible malgré la drogue ". L'expression est sans doute un peu plus paternaliste mais l'objectif est le même.

De plus, après quelques polémiques stériles avec l'ancien Ministre de la Justice, la Cellule Drogues a

approuvé cette expérience de testing et a recommandé à la Communauté française d'en tirer conclusions et recommandations. Nous sommes donc plus à l'aise en Communauté française pour développer notre projet.

La lucidité quant à la consommation a donc également sa place au niveau fédéral. Entre d'une part l'hypocrisie (" Ne parlons pas de ces consommations, faisons comme si elles n'existaient pas ") et d'autre part la déresponsabilisation du consommateur et le laxisme du politique, il y a de la marge ! C'est dans cet espace que travaille la Communauté française en matière de réduction des risques.



Allocution de M. Didier Gosuin, Membre du Collège de la Commission communautaire française charge de la Santé

Mesdames et Messieurs, Chers Collègues,

Il y a un peu plus de dix ans à peine, la morbidité et la mortalité liées à l'usage des drogues par voie intraveineuse constituaient une catastrophe sanitaire et humaine terrifiante. Cependant, en quelques années de pratiques audacieuses et engagées, les professionnels de la santé dans le domaine de la toxicomanie sont parvenus à des résultats plus que probants, qui démontrent, si besoin en était encore, combien le concept de " réduction des risques " contribue fondamentalement à une politique de santé publique en matière d'assuétudes.

Le concept et ses déclinaisons concrètes sont fondés sur ce qui apparaît aujourd'hui comme une évidence, mais qui était loin de l'être il n'y a pas si longtemps : si l'on veut soigner et prendre en charge un toxicomane, mieux vaut d'abord éviter qu'il ne meure...

Je pense que ses lettres de noblesse, la réduction des risques les a gagnées dans les officines parfois clandestines de l'époque, seuls lieux où pouvait s'organiser l'échange de seringues ou les traitements de substitution, pour que puisse s'amorcer une relation de confiance, d'être humain à être humain, avec le toxicomane.

Inscrit désormais au fronton des documents officiels de l'Union européenne, la réduction des risques n'est

plus l'enfant pauvre de la prévention : elle se constitue comme une approche singulière, éthique et concrète des phénomènes de toxicomanies dont nos sociétés ont longtemps entretenu l'utopie totalitaire que l'on pourrait un jour s'en débarrasser, fût-ce au prix de la négation de l'individu caché derrière le " sujet drogue ".

Pour autant, cette utopie est encore à l'œuvre dans bien des domaines qui touchent à la toxicomanie. Elle déteint sur une part importante de l'opinion publique qui considère – comme par l'effet d'un reflet dans le miroir que l'on ne peut soutenir – que la drogue est un fléau qu'il s'agit de combattre par tous les moyens, en ce compris les plus coercitifs. On sait pourtant les échecs flagrants où ces politiques peuvent mener, d'autant plus retentissants qu'elles mobilisent des ressources phénoménales ainsi détournées du champ de la santé.

Il ne faut pas s'en cacher, avec l'irruption de la réduction des risques dans le champ des pratiques de santé en matière de toxicomanies, les responsables politiques doivent se faire une double violence :

- accepter d'une part d'être pointés du doigt par une partie de l'opinion lorsqu'ils s'engagent à soutenir des démarches novatrices, parfois difficiles à expliquer ;
- renoncer d'autre part, et dans un mouvement simultané, au rêve d'une société sans assuétude...

Dans le domaine de compétence qui est le mien à Bruxelles, la réduction des risques tient une place éminemment importante. Elle emprunte certes des chemins très diversifiés, mais elle se traduit par de multiples interventions, au confluent du soin et de la prévention, aussi bien en matière de drogues injectables qu'en matière de drogues dites récréatives. Elle autorise également de mieux appréhender les phénomènes de poly-consommation et, s'adressant aux toxicomanes en tant qu'individus responsables et autonomes, elle induit auprès de ceux-ci la capacité d'emprunter des cheminements thérapeutiques.

Je voudrais m'arrêter quelques instants sur les dispositifs mis en place à Bruxelles. Pour une bonne part, ils s'articulent d'ailleurs avec les orientations prises au niveau de l'ensemble de la Communauté française.

En premier lieu, les principes de réduction des risques sont clairement inscrits dans le travail de terrain réalisé par plusieurs services actifs en toxicomanies agréés. Je pense en particulier à tout le travail développé par Modus Vivendi, mais également à la manière dont la mission de soins détenue par plusieurs services se développe également dans le champ de la réduction des risques, notamment parce qu'on y développe les traitements de substitution.

D'autre part, j'ai voulu initier une politique originale d'appréhension des nouvelles drogues de synthèse, et ceci par deux vecteurs :


- d'abord, la création d'une antenne spécifique d'accueil et d'orientation des usagers de drogues de synthèse. Dénommée Modus Fiesta, cette antenne trouve aujourd'hui à s'intégrer dans le cadre agréé de Modus Vivendi ;
- ensuite, la conclusion avec les responsables des

lieux festifs d'une Charte du Bien-être, par laquelle ceux-ci s'engagent à mettre à la disposition de leur clientèle une gamme de services qui ramènent la santé des clients au cœur de la fête : mise à disposition d'eau gratuite, salle de repos et campagnes de prévention... Les premières concrétisations de cette charte voient le jour pour l'instant, notamment grâce au subventionnement par mes services du placement gratuit de fontaines dans les discothèques.

Conscient des enjeux, je souhaite pour ma part engager davantage de moyens dans le champ de la réduction des risques. Cela requiert à mes yeux de construire un partenariat solide entre chacun des acteurs concernés, partenariat qui doit être solidement engagé sur des objectifs concrets. Ainsi, les responsables des politiques de santé, avec les acteurs de terrain concernés et, le cas échéant, le pouvoir judiciaire, doivent se réunir à la même table pour aller de l'avant en matière de pratiques. Où, quand, comment pouvons-nous, par exemple, créer des lieux de consommation sous surveillance ? De la même manière, dans le registre des drogues de synthèse, y a-t-il une place pertinente pour réaliser du testing de pilules à Bruxelles ?

Ces différentes questions ne se posent pas qu'aux acteurs de terrain : elles doivent aussi mobiliser les autorités publiques, car ce n'est qu'à cette seule condition que les mesures mises en œuvre pourront s'avérer durables et efficaces.

Dans ce sens, la participation future de la Commission communautaire française au réseau latin ALIA pourra sans doute amener des développements concrets. L'échange d'expériences et d'expertise qui est au



cœur du projet de ce réseau est en effet une richesse incontournable, et ce, d'autant plus que ce réseau articule pouvoirs publics et acteurs de terrain autour d'objectifs communs.

L'initiative de ces présentes Assises est de toute évidence précieuse. Je n'aurai pas eu la possibilité d'assister à vos travaux mais je suis d'ores et déjà très impatient d'en connaître les résultats et les perspectives. J'ose croire qu'elles contribueront à identifier clairement la réduction des risques comme un pilier à

part entière, mais forcément connecté avec les autres piliers, des politiques de santé à mener en matière de toxicomanies.

Je remercie dès lors toute l'équipe des organisateurs de cette rencontre, et singulièrement le Dr Fabienne Hariga, pour cette initiative heureuse. Je vous souhaite, à chacun d'entre vous, de rencontrer le succès et le sentiment du devoir accompli dans vos projets et vos objectifs.

Je vous remercie pour votre attention.



Intervention de M. Thierry Detienne, Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne

Madame la Ministre, Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs,

Thierry Detienne, Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne, vous prie de bien vouloir l'excuser de ne pas pouvoir être des vôtres pour ces Assises, étant retenu par d'autres obligations. Il m'a donc chargé de vous exposer, en cette fin de législature, le bilan de sa politique en cette matière.

Nous tenons tout d'abord à remercier tout spécialement les responsables de l'association Modus Vivendi d'avoir pris cette initiative ; elle tombait particulièrement à propos, au lendemain de la journée mondiale du sida, qui nous a montré à quel point il était nécessaire de ne pas relâcher la vigilance et surtout de tout mettre en œuvre pour que, entre autres, l'on puisse contenir au maximum l'expansion de l'endémie du sida, comme des hépatites d'ailleurs.

Il n'est pas inutile, pour la bonne compréhension de tous, de rappeler que la répartition des compétences en matière de santé en Belgique limite assez fortement les compétences de la Région, puisque le financement des soins est une prérogative du fédéral, et l'éducation à la santé comme la médecine préventive des prérogatives de la Communauté française. C'est donc surtout, mais pas seulement, par sa compétence en matière d'organisation des services ambulatoires que la Région wallonne peut contribuer à faire avancer les choses en matière de réduction des risques.

La réduction des risques est un concept pour lequel je ne vais pas me risquer à vous proposer une nouvelle définition ; vous connaissez cela aussi bien que moi. L'application de ce concept relève cependant très souvent de plusieurs niveaux de pouvoir : ainsi, pour l'échange de seringues par exemple, c'est le fédéral qui place le cadre légal, la Communauté qui définit le contenu en matière d'éducation à la santé et la Région qui organise concrètement les choses sur le terrain. C'est la raison pour laquelle nous avons veillé constamment à collaborer avec les autres entités pour pouvoir mettre en œuvre les différentes actions.

Tout au long de cette législature, le Ministre Detienne, en accord avec le Gouvernement wallon, a soutenu, promu et amplifié diverses initiatives dans le domaine de la réduction des risques, et ce, en continuité avec des initiatives déjà prises antérieurement.

Il faut aussi rappeler que la réduction des risques peut se décliner de diverses manières. Ainsi, par exemple, les soins de substitution constituent en eux-mêmes une forme de réduction des risques.

A ce sujet, il est utile de rappeler que la Communauté française peut être fière d'avoir été particulièrement audacieuse. C'est dès le début des années 1990 que, grâce à l'initiative d'acteurs de terrain et à l'ouverture d'esprit de responsables politiques de l'époque, que les traitements à la méthadone par les médecins généralistes et les centres spécialisés ont pu se déve-

opper rapidement. Les résultats sont éloquentes : selon le dernier rapport de l'Institut scientifique de Santé publique, le taux d'incidence du sida en 2002 est deux fois moindre en Belgique qu'en France ; et le nombre de nouveaux cas de sidéens toxicomanes y est sept fois moindre : on ne peut s'empêcher de faire la relation avec le fait que la France a été et reste encore beaucoup plus réticente que la Belgique à développer l'accessibilité des soins de substitution.

La ligne politique du Ministre Detienne a dès lors été de poursuivre dans cette voie, en consolidant et en complétant les dispositifs existants. De nouveaux projets ont été développés et, surtout, un décret a été élaboré.

Il faut savoir que, jusqu'il y a peu, contrairement à Bruxelles, la Wallonie ne disposait pas de législation spécifique pour reconnaître et assurer un financement correct des acteurs spécialisés en toxicomanie, en dehors des missions spécifiques attribuées à quelques services de santé mentale.

Il nous revenait donc d'élaborer une législation : un décret concernant les assuétudes a été adopté par le parlement wallon ce 19 novembre, et devrait être mis en application dans le courant de l'année 2004. Quelques points forts de ce décret :

- Il concerne l'ensemble des assuétudes, et pas seulement la dépendance aux drogues illicites : en effet, il nous semble tout aussi important de se préoccuper également d'alcool, de tabac, d'abus de médicaments ou encore de jeux, lesquels font très certainement bien plus de dégâts encore que les drogues illicites.
- L'identification de zones de soins : en effet, on

constate que la répartition de l'offre de soins et de services est très inégale sur le territoire; les régions rurales sont le plus souvent très démunies, alors que les problèmes d'assuétudes y sont aussi très présents. En procédant de la sorte, cela permettra, à terme, de veiller à ce qu'une répartition équitable des services soit effectuée sur l'ensemble de la Wallonie, de sorte que tous les habitants aient facilement accès au dispositif.

- La priorité est donnée à la dimension réseau, élément incontournable pour pouvoir agréer tout service. En effet, les initiatives en matière d'assuétudes sont très nombreuses et diversifiées ; et d'autre part, de nombreux acteurs de santé non spécialisés sont concernés. La formalisation de réseaux, avec pour objectif de construire une offre de soins globale et cohérente au niveau local nous est apparue comme prioritaire par rapport aux logiques purement institutionnelles.
- Enfin, la réduction des risques a été inscrite explicitement comme une mission du réseau : chaque réseau devra, pour être agréé et subventionné, développer une politique locale en ce domaine, adaptée aux réalités du terrain.

A côté de ce travail législatif fondamental pour l'avenir, des projets ponctuels ont été soutenus. Pour citer les principaux :

1. Le projet de délivrance d'héroïne sous contrôle médical à Liège, que nous avons préféré appeler " projet de traitement à la diacétylmorphine ", ce qui correspond mieux à la réalité : ce projet, déjà ancien et qui fait l'objet d'un large consensus au niveau local, devait être réactualisé, notamment à la lumière de l'évaluation des projets similaires menés ailleurs en Europe. Ce travail a été confié à

l'Université de Liège et est aujourd'hui terminé. Il reste au Gouvernement fédéral à mettre en œuvre les conditions de sa réalisation

2. L'échange de seringues à Charleroi : un dispositif d'échanges de seringues avait été mis en place à Liège dans le cadre des Contrats de sécurité et de société. Comme un tel dispositif n'existait pas à Charleroi, la Région wallonne a décidé d'y financer un nouveau projet constitué d'un comptoir fixe et d'un comptoir mobile ; très récemment, il a été convenu de le compléter par une équipe de jobistes qui iront à la rencontre des usagers dans leurs lieux de vie. En 2003, plus de 70.000 seringues ont ainsi été échangées, ce qui a très certainement contribué à ralentir l'expansion des épidémies de sida et d'hépatites.

3. Depuis 2000, nous soutenons également le projet d'information et de formation des professionnels à la réduction des risques mené par Modus Vivendi. C'est

là à nos yeux une initiative très intéressante, car il s'agit de sensibiliser et de former divers professionnels à cette approche. N'oublions pas que ce concept est relativement neuf et que dans notre société, de culture traditionnellement prohibitionniste, son appropriation nécessite une véritable transformation culturelle, laquelle nécessitera peut-être encore de nombreuses années.

Pour terminer, je dirai qu'à nos yeux il n'y a pas de contradiction entre ces trois aspects que sont la prévention, le traitement et la réduction des risques ; les traitements de substitution, par exemple, nous ont appris qu'ils contenaient ces trois facettes. Il ne faut pas les opposer. Et il appartient aux responsables politiques comme aux professionnels de les intégrer dans une seule démarche cohérente.

Les drogues ont toujours fait partie de toutes les cultures ; nous devons simplement adapter leur usage à la modernité. Je vous remercie de votre attention.



Les Assises... oui, mais debout maintenant !

Quelques programmes rescapés traînent encore sur les tables, les derniers dossiers d'accueil s'épuisent en feuilles de brouillon et les Actes attendent leur mise sous presse... mais quel bilan tirer de ces Assises ?

Elles ont certainement été l'occasion d'**échanges riches et fructueux**, de multiples prises de parole, qui ont rendu compte de la complexité du concept de réduction des risques et de la diversité de ses applications sur le terrain.

Ces rencontres ont peut-être permis de dynamiser et de renforcer le réseau, mais ont aussi alimenté le débat et stimulé la réflexion autour du **concept de réduction des risques**. Un concept aux multiples facettes et qui est (heureusement !) en constante évolution. Des divergences existent, et vouloir doter la réduction des risques, en l'espace d'un événement, de bases communes à tous ses acteurs est une utopie. Mais de nombreuses synergies existent aussi et se formalisent aujourd'hui dans une Charte qui fait suite au document de 1992¹ pour poser le socle conceptuel et éthique de la réduction des risques en Communauté française.


Ces rencontres ont permis aux acteurs de partager leurs préoccupations et leurs questions mais surtout d'échanger leurs réponses respectives. Ils ont rarement trouvé des solutions directement applicables,

mais ils ont appris à mieux se connaître et se sont offert un point de départ pour augmenter encore l'efficacité de leurs actions de promotion de la santé. Et, puisque cette efficacité dépend aussi du politique, ces Assises ont pu être un **lieu de revendications** (davantage de moyens, plus de soutien, une meilleure reconnaissance...) vis-à-vis des pouvoirs publics, largement représentés par les Ministres de la Santé de la Communauté française de Belgique, de la Région wallonne et de la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Des ministres soutenant qui ont pu entendre un nombre de personnes dépassant les prévisions des organisateurs. Pourtant, si nous avons offert aux acteurs de la réduction des risques la possibilité de se rencontrer enfin, la faible présence aux débats des acteurs non spécialisés pose question. Manque de sensibilisation de ces professionnels ? Défaut d'enthousiasme de leur part ? Mauvaise communication vers eux ? Un peu de tout cela probablement. Il reste dès lors à la réduction des risques le **défi de se faire connaître** auprès des professionnels de divers horizons.

Des défis, il en reste beaucoup d'autres et c'est donc tout naturellement que cette édition pionnière des Assises a été envisagée comme la **première étape d'un processus** de réflexion et de mise en forme des reven-

1 Bauherz G., Kaminski D. et Zombek S., *Le Bon Usage. Prévention du sida à l'adresse des usagers de drogues*, Bruxelles, Agence Prévention Sida, 1992.



dications portées par les acteurs de la réduction des risques en Communauté française. Un processus de longue haleine.

Car chaque atelier a soulevé des problèmes spécifiques et défini des combats particuliers : davantage de collaboration entre les travailleurs de la prévention, plus de moyens pour la prévention des hépatites, de nouvelles études scientifiques sur les risques liés à l'usage du tabac, la réalisation d'un kit de sniff,

etc. Il s'agit maintenant d'être attentifs à l'appel et de concrétiser ensemble les ébauches de solutions formulées : groupes de travail, partenariats, Charte de la réduction des risques, etc. Autant de possibilités inscrites maintenant dans ces Actes pour que, suite aux Assises... nous ne restions pas assis.

A suivre, donc.

L'équipe de Modus Vivendi.



Annexes

BREF HISTORIQUE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

Dates	Ecrits /Faits	Mise en place d'actions
Fin des années 1980	<p>Les politiques de réduction des risques liés à l'usage des drogues se sont développées " grâce " au sida, qui en quelque sorte constitua pour la société une " opportunité ", de repenser ses valeurs et ses priorités.</p> <p>A la même époque, les professionnels faisaient le constat des limites des messages de prévention primaire et d'abstinence vis-à-vis des consommateurs.</p>	
1988	<p><i>Mission exploratoire – prévention sida et toxicomanies</i>, par le Dr J.P. Jacques, de la division HIV du CCAD, Rapport au Ministre Charles Picqué, Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale, Bruxelles, 1988.</p>	
1989	<p><i>Toxicomanies en Communauté française</i>, Livre blanc à la demande du Ministre Charles Picqué, éd. Le Généraliste et Les Cahiers de la dépendance (J.P. Jacques).</p> <p>Principale recommandation : développer l'accès aux traitements de substitution</p>	<p>Lancement des premières opérations Boule-de-neige – Prévention du sida par les pairs auprès des usagers de drogues i.v. à Bruxelles, Charleroi et Liège (section HIV du CCAD)</p>
1992	<p><i>Le Bon Usage, prévention du sida à l'adresse des usagers de drogues</i> : rapport de synthèse sur la question de la demandé par l'Agence de préven-</p>	

tion du sida de la Communauté française à la section HIV du CCAD (Bauherz G., Kaminski D., Zombek S.).

Les auteurs de cette étude concluent par les **recommandations** suivantes :

- Faciliter l'accès au matériel d'injection stérile en pharmacie et dans les comptoirs
- Faciliter l'accès aux traitements de substitution
- Multiplier les actions permettant d'entrer en contact avec les usagers de drogues.

Ils identifient l'orientation exclusivement répressive de la législation relative à l'usage de drogues comme le principal obstacle à l'adoption de ces mesures

1993

- Madame L. Onkelinx, Ministre Présidente et Ministre de la Santé de la Communauté française autorise le départ de la section HIV du CCAD et la création et le financement de l'asbl Modus Vivendi **dont l'objet social est la prévention du sida et la réduction des risques liés à l'usage des drogues.**
- Modus Vivendi deviendra l'organisme thématique " usagers de drogues " de l'Agence de prévention du sida

1994

Conférence de consensus méthadone (Ministère de la Santé Publique)

Ouverture à Liège des 3 premiers **comptoirs d'échange de seringues** (co-financés par la Communauté française)

1995

Plan drogue du gouvernement fédéral en 10 points dont le point 3 inclut l'échange de seringues.

- **Pochettes Stérifix** (kits d'injection vendus en pharmacie) (CF-RB)
- Première intervention au **festival de Dour**
- **Echange de seringues** à Bruxelles (CCLA)

<p>1996</p>	<p>La prévention du sida en Communauté française : Plan guide triennal 1996-1998</p> <p>Concernant le public des usagers de drogues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prévenir les risques de transmission sexuelle - promotion des traitements de substitution - promotion de l'accès au matériel d'injection neuf - informer correctement les usagers de drogues 	<p>Brochures hépatites B&C pour UD</p>
<p>1997</p>	<p>Décret de la Communauté française de Belgique portant organisation de la promotion de la santé</p> <p>Promotion de la Santé au sens du décret du 14 juillet 1997, : <i>“ le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la Santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques ”.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brochure de réduction des risques XTC (initiative du réseau Liégeois des intervenants en toxicomanie) • “ Vogue la galère ” : brochure de RDR pour UD en prison • première expérience de testing de pilules à Dour (Communauté française- Région wallonne)
<p>1998</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programme quinquennal et législation de promotion de la santé en communauté française : 1998 – 2003 • Parmi les 6 axes prioritaires : prévention du sida et prévention des assuétudes <ul style="list-style-type: none"> - <i>“ La prévention des assuétudes repose sur un paradoxe, puisqu'il s'agit à la fois d'éviter un comportement et d'éduquer à la responsabilité et au libre choix.</i> - <i>La réflexion actuelle a débouché sur la nécessité de projets de promotion de la santé visant la réduction des risques liés à la consommation, intraveineuse ou non, de drogues licites ou illicites. ”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Brochures de RDR : Cannabis, LSD et champignons hallucinogènes, amphétamines • Diffusion des brochures de RDR en milieu festif • Extension européenne du projet Boule de neige (UE-DGV)

	<ul style="list-style-type: none"> • Fin de l'Agence de Prévention du Sida. • Loi autorisant la distribution de seringues à titre gratuit 	
1999	Programme en 11 points de la Région bruxelloise – point 11 : encourager et développer la réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> • Brochures de RDR : Héroïne, Cocaine • Ouverture du comptoir d'échange de seringues LAIRR (Bruxelles) et en rue (Dune) • Brochure RDR : " shooter propre "
2000	<ul style="list-style-type: none"> • AR définissant les conditions de distribution à titre gratuit de seringues • Nouveau consensus délivrance Méthadone 	<ul style="list-style-type: none"> • Brochure de RDR : Méthadone • Accessibilité du préservatif en prison
2001	<p>Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accès au matériel d'injection - accès aux traitements de substitution bas seuil - " le testing sur site " n'est pas une compétence fédérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Brochures de RDR : Médicaments psychotropes, Alcool • Ouverture d'un dispositif d'échange de seringues à Charleroi • Brochure : prévention des overdoses • Premier " Boule-de-neige " en prison
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux préparatoires pour des études cliniques sur la délivrance contrôlée d'héroïne • le Ministre de la justice (Marc Verwilghen) s'oppose aux interventions de réduction des risques avec testing de pilules 	
2003	Avis de la Cellule Politique Santé Drogues du gouvernement soutenant un projet expérimental de réduction des risques incluant l'analyse de pilules (testing).	Premier " Boule-de-neige " drogues " festives "



L'USAGE DE DROGUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

RÉSUMÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE 1999-2000

Eurotox asbl

*Unité permanente d'Observatoire Alcool-Drogues
en Communauté française de Belgique*

Octobre 2002

Les données présentées dans le résumé ci-dessus constituent une sorte de puzzle. Chaque pièce contribue à donner une image de la situation en matière de drogues en Communauté française et certaines pièces du puzzle sont manquantes. L'image constituée n'est donc pas exacte. Nous pensons néanmoins à la lecture de ces données pouvoir dégager certaines tendances, sans trop nous tromper.

En termes de tendances...

De manière globale, les trois produits les plus consommés actuellement sont le cannabis, l'ecstasy et la cocaïne. Ci-dessous, produit par produit, nous analysons les tendances qui semblent se dessiner de manière plus particulière.

1. Les produits

Le cannabis

- La consommation de cannabis a progressé au niveau de la population générale et au sein de la population scolarisée, pour atteindre un niveau de banalisation en fin des années 1990. Cette consommation a doublé entre 1996 et 2000 parmi les personnes participant à l'enquête C.A.T.I. Plus d'un tiers (38% – 42%) des personnes âgées de 18 ans ont déjà au moins expérimenté le cannabis. Cette consommation n'est pas limitée à un public marginal. Il n'existe pas à l'heure actuelle de données concernant les populations plus marginales. Dans la population générale adulte, on constate en effet que plus le niveau d'éducation est élevé, plus les personnes sont susceptibles d'avoir consommé du cannabis. Enfin, dans la population adulte, ce sont les plus jeunes (20-29 ans) qui ont le plus souvent consommé du cannabis.
- En prison le cannabis est la substance illégale la plus consommée, et rapportée dans les mêmes proportions (38%) des personnes détenues.
- En parallèle à cette tendance d'augmentation de la consommation de cannabis, on a pu voir apparaître dans les centres de traitement une augmentation relative des demandes d'aide spécifiques, qui sont passées de 3% en 1993 à 13% en 2000. Ces demandes émanent principalement de personnes jeunes, âgées de 15 à 25 ans.
- Le cannabis est le premier produit, par ordre de fréquence, dans les demandes reçues à la ligne téléphonique d'Infor-Drogues.

Les amphétamines et l'ecstasy

- La consommation de produits stimulants, de type amphétamines et ecstasy, constitue le deuxième usage, en termes de prévalence, rapporté par les 17-18 ans en milieu scolaire. Environ un dixième de ces derniers ont déjà expérimenté au moins une fois ces produits. On a pu voir également qu'il s'agit de produits consommés par un grand nombre (25% – 30%) des jeunes rencontrés en milieu festif. Cette consommation est également sortie du cadre festif.
- L'ecstasy est le deuxième produit, par ordre de fréquence, dans les demandes reçues à la ligne téléphonique d'Infor-Drogues
- Cette consommation relativement importante ne s'est pas traduite par une augmentation des demandes de traitement enregistrées dans notre système. Ceci est peut-être lié aux caractéristiques des centres qui participent au système. En effet, les jeunes usagers de stimulants, ne se reconnaissant pas sous l'étiquette de " toxicomane ", n'ont pas tendance à adresser leurs demandes vers le secteur spécialisé. Par ailleurs, pour une grande majorité cette consommation ne pose pas de problème ou n'est pas perçue comme source de problèmes.
- Dans les populations d'usagers de drogues rencontrés via les opérations Boule-de-neige, environ un cinquième des consommateurs d'amphétamines déclarent la consommer en injection.

Les champignons hallucinogènes et le LSD

- Parmi les substances hallucinogènes, y compris l'ecstasy, on a pu voir que les champignons hallucinogènes sont relativement populaires parmi les jeunes. Que ce soit en milieu scolaire (9% des 17-18 ans) ou en milieu festif (environ 30%), cette consommation est relativement importante. Le LSD est moins populaire.
- Si cette consommation n'a pas ou peu d'incidence sur les demandes de traitement, elle peut expliquer nombre de " bad trips " observés en milieu festif.

La cocaïne

- La cocaïne est un produit relativement fréquemment utilisé. Dans une enquête de population générale, elle constituait le deuxième produit utilisé ou essayé (8%) après le cannabis. En milieu scolaire, 3% des élèves de 17-18 ans ont déjà essayé la cocaïne.
- La cocaïne est le troisième produit, par ordre de fréquence, dans les demandes reçues à la ligne téléphonique d'Infor-Drogues
- Il semble y avoir une augmentation de consommation de cocaïne dans la fin des années 1990. Cette consommation a toujours un caractère festif (en témoignent les fortes prévalences parmi les personnes rencontrées en milieu festif : 15-30%) mais est également fréquente dans d'autres cadres, principalement parmi les usagers de drogues des opérations Boule-de-neige et consommateurs en injection. La chute importante de prix (et de qualité) peut expliquer ce phénomène.

- Parmi les usagers de drogues rencontrés à travers les opérations Boule-de-neige, on observe entre 1996 et 1999 une augmentation de 54% à 69% de la consommation de cocaïne. Cette augmentation va de pair avec une consommation plus fréquente par voie intraveineuse.
- Cette consommation a des répercussions sur les demandes de traitement, où on observe que les demandes liées à des problèmes de consommation de cocaïne sont passées de 2 à 5% entre 1993 et 2000. Cette augmentation est surtout visible dans le secteur résidentiel. Cette augmentation est la plus importante en Province de Liège.

Benzodiazépines et médicaments psychotropes

- La consommation de médicaments calmants et hypnotiques est rapportée de manière relativement importante dans la population scolaire où, en 1998, 5% des élèves de 17-18 ans rapportaient en avoir consommé.
- Dans la population en milieu festif, des taux de consommation de benzodiazépines qui varient entre 5 et 9% sont rapportés.
- Environ la moitié des consommateurs de drogues plus marginalisés, dont les consommateurs par injection rencontrés à travers les opérations Boule-de-neige, rapportent consommer des benzodiazépines.
- En prison, l'usage de benzodiazépines est rapporté par 13% des personnes détenues. Il s'agit du deuxième produit, par ordre de fréquence, juste après le cannabis.

- L'usage de tranquillisants, plus particulièrement de benzodiazépines, est bien ancré parmi les différents sous-groupes de population. La forte consommation de ces molécules dans la population générale et de manière légale, alliée au manque de connaissances et de sensibilisation sur les risques spécifiques, concourt probablement à cet usage.

L'héroïne

- En milieu scolaire, ce sont 1 à 2% des élèves les plus âgés qui ont déjà consommé de l'héroïne.
- En milieu festif, 8 à 10% des personnes rencontrées sont consommatrices d'héroïne.
- Parmi les personnes détenues, 12% consomment de l'héroïne en prison. Il s'agit du troisième produit par ordre d'importance.
- Parmi les usagers de drogues rencontrés à travers les opérations Boule-de-neige, environ 70% déclarent consommer de l'héroïne.
- Le poids relatif des demandes de traitement pour consommation d'héroïne est en diminution dans les enregistrements des demandes de traitement. Il reste cependant le produit invoqué le plus souvent. En 2001, l'héroïne était responsable d'environ la moitié de l'ensemble des demandes.

L'alcool

- L'alcool est le produit rapporté par le plus grand nombre de personnes rencontrées en milieu festif, mais à des niveaux souvent comparables à ceux rapportés pour le cannabis.

- La consommation d'alcool est responsable d'environ un quart des demandes de traitement enregistrées dans le système.

2. Les modes d'usage et les risques

- La consommation d'héroïne par voie intraveineuse est en diminution. Ce mode d'usage est passé entre 1993 et 2000 de 96% à 19% des premières demandes de traitement pour consommation d'opiacés.
- L'augmentation de la consommation de cocaïne observée s'accompagne d'une augmentation de cette consommation par injection d'une part et par inhalation de la fumée (crack) d'autre part. D'après les données TDI, le mode par injection est passé entre 1993 et 2000 de 24% à 51%. L'injection de cocaïne et son augmentation méritent une attention toute particulière. En effet, la consommation par injection est généralement de type compulsif et implique 10 à 20 injections par jour pendant plusieurs jours consécutifs. En outre, comme on l'a vu plus haut, la chute des prix s'est certainement accompagnée d'une chute de qualité et donc de la présence de produits de coupe peut-être toxiques.
- L'emprunt de seringues lors des injections est en légère diminution et se situe aux environs de 35%. Le partage des autres composants du matériel d'injection, probablement vecteur des hépatites, lui aussi en légère diminution, est rapporté par plus de la moitié (53%) des personnes rencontrées à travers les opérations Boule-de-neige.
- La poly-consommation et les mélanges de produits

sont des pratiques courantes et en expansion dans différents groupes d'usagers de drogues, principalement parmi les usagers de drogues dites récréatives et parmi les usagers de drogues dites dures.

3. Infections au VIH et hépatites B & C

- D'après les données recueillies à travers les opérations Boule-de-neige, le taux de dépistage du sida est passé de 64% à 80% entre 1996 et 2000.
- Les injecteurs récents (2 ans ou moins) rapportent une plus faible sensibilisation aux dépistages du sida et des hépatites, avec des taux de dépistage de 50% pour le VIH et de 30% pour les hépatites.
- Quant aux données sur les taux de dépistage du VIH et des hépatites, il existe une forte discordance entre celles qui proviennent du TDI et celles qui sont recueillies dans les opérations Boule-de-neige. Le taux de réponses manquantes dans le TDI est très élevé et reflète la difficulté qu'ont certains thérapeutes à aborder ces questions lors de leurs entretiens, même avec un UDI.
- La prévalence de l'infection au VIH parmi les UDI est en diminution (6% en 1993, 3% en 2000) d'après les données TDI. Elle est deux fois plus élevée (7%) parmi les UDI consommateurs de produits autres qu'opiacés, donc de cocaïne essentiellement. Les données Boule-de-neige donnent une prévalence de 5%.
- La prévalence de l'infection au virus de l'hépatite B est elle aussi en diminution ; elle est passée de 24% à 16% entre 1993 et 2000.

- La prévalence des hépatites C est en croissance : elle a augmenté de 46% en 1993 à 54% en 2000. Parmi les consommateurs de cocaïne en injection, cette prévalence est de 63%. La plus forte prévalence est observée dans la province du Hainaut où elle atteint 80% des UDI en traitement et enregistrés dans le système.
- La co-infection aux virus des hépatites B et C concerne 12% des UDI.

4. Consommations au sein de groupes spécifiques

Parmi les consommateurs rencontrés en milieu festif

- Les produits de prédilection sont le cannabis, les champignons hallucinogènes, l'ecstasy, les amphétamines et la cocaïne. Cependant il s'agit d'une population de poly-consommateurs et cette tendance augmente. En 1996, la moitié des personnes rencontrées ne mentionnaient qu'un seul produit, le cannabis pour la plupart ; en 2000, ils ne sont plus que 30%.

Parmi les usagers de drogues rencontrés en rue

- Chez les usagers de drogues rencontrés à travers les opérations Boule-de-neige, la poly-consommation est également de règle. Environ la moitié des contacts sont des consommateurs par voie intraveineuse. La consommation de méthadone " illéga-

le ", est relativement importante (25-30%) et sa consommation en injection semble augmenter.

- La méthadone injectée en rue n'est pas une forme injectable. Cette pratique est donc responsable de nombreuses lésions de la peau et des tissus sous-cutanés.

Parmi les personnes détenues

- Environ 40% des personnes en traitement enregistrées dans le système ont une affaire judiciaire en cours.
- L'usage de drogues en prison est répandu. Au moins 40% des personnes détenues y consomment une drogue illégale. Pour la moitié d'entre elles, cette consommation comprend d'autres produits que le cannabis.
- Cet usage augmente avec le nombre d'incarcérations. Et la prison constitue un lieu d'initiation aux drogues illicites pour un quart des personnes détenues. Dans de très rares cas, c'est en prison que se fera la première injection.
- Les produits les plus consommés sont le cannabis, les benzodiazépines, l'héroïne, la cocaïne, la méthadone. Ces consommations sont particulièrement à haut risque, étant donné que, pour un certain nombre, il s'agit du premier contact notamment avec les opiacés.
- La mortalité par suicides et overdoses en prison est 20 fois plus élevée que dans la communauté.

- L'injection en prison est moins fréquente qu'au dehors. Environ 2% des personnes détenues déclarent s'être injecté des drogues en prison, alors qu'elles étaient 10 à 20% à s'injecter des drogues le mois précédant l'incarcération.

5. Au niveau répressif

- Le cannabis reste la substance le plus souvent en cause lors des arrestations liées à la drogue.
- Les interpellations de mineurs pour usage de cannabis sont en augmentation depuis 1999. Ce constat est peut-être le reflet de la mauvaise compréhension de la circulaire Declerck par les jeunes (" le cannabis n'est plus illégal "), avec pour conséquences soit une plus grande visibilité de cette consommation, soit une augmentation de la consommation. Il peut également être le reflet d'une intensification des activités de répression visant les mineurs.
- La majorité des infractions liées à la drogue concernent les faits de détention et de consommation.

6. La mortalité liée à l'usage de drogue

La majorité des décès liés à l'usage des drogues sont dus à une consommation en injection

7. L'offre de services destinés aux usagers de drogues

- La répartition géographique de l'offre, que ce soit en termes de prévention, de traitement et de réduction des risques, est très inégale en Communauté française. De manière plus particulière, la Province du Luxembourg se caractérise par la pauvreté de l'offre de services.
- En terme de prévention, la majorité des projets développés actuellement s'inscrivent dans un objectif de promotion de la santé.
- Les services accueillant de manière spécifique mères et enfants sont peu nombreux.
- L'accessibilité du matériel d'injection est inégalement répartie. Les régions de Mons et Tournai et les Provinces de Namur et du Luxembourg ne disposent d'aucun projet visant cette amélioration.
- Les actions de réduction des risques dans des milieux particulièrement à risques, tels que prisons ou milieux festifs, sont en développement.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	page 5
--------------------	--------

INTRODUCTION

- La réduction des risques, une pratique quotidienne des professionnels de la santé.....page 7
(*Dr Patrick Trefois, directeur de Question Santé*)
- La réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues,page 9
une pratique de santé publique et de promotion de la santé
(*Dr Fabienne Hariga, directrice de Modus Vivendi*)

CHARTRE DE LA REDUCTION DES RISQUES LIES A L'USAGE DE DROGUES (2003).....	page 13
---	---------

LES ATELIERS

1. Comment réduire les risques liés à l'usage des drogues licites ?page 17
2. Sida et hépatites : a-t-on baissé les bras ?page 23
3. Banaliser... Inciter... Des risques pour la réduction des risquespage 28
4. La place des pairs dans la réduction des risques.....page 32
5. L'école en pétard ! La réduction des risques a-t-elle une place en milieu scolaire ?page 35
6. La réduction des risques dans les médias - Le choix des mots contre le choc des photospage 41
7. Un tiers de prévention, un tiers de traitement, un tiers de réduction des risques ?...page 46
8. Dispositifs de réduction des risques : " ça se passe près de chez vous "page 50

INTERVENTIONS DES MINISTRES DE LA SANTE DES ENTITES FEDEREES

- La politique de prévention des assuétudes et de réduction des risques enpage 55
Communauté française (*Mme Nicole Maréchal, Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé*)
- Allocution de *M. Didier Gosuin, Membre du Collège de la*page 60
Commission communautaire française chargé de la Santé
- Allocution de *M. Thierry Detienne, Ministre des Affaires sociales*page 63
et de la Santé de la Région wallonne

EPILOGUE : Les Assises, oui... mais debout maintenant !	page 67
---	---------

ANNEXES	page 55
---------------	---------

- Bref historique de la réduction des risques en Communauté française de Belgique.....page 69
- L'usage de drogues en Communauté française. Résumé épidémiologique 1999-2000page 73

Une réalisation de l'asbl Question Santé
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles
Tél. : 02 512 41 74 - Fax : 02 512 54 36
E-mail : question.sante@skynet.be
<http://www.questionsante.org>

Avec le soutien de la
Commission Communautaire Française
de la Région de Bruxelles-Capitale

Les Assises de la Réduction des Risques
liés à l'Usage de Drogues
ont été organisées par Modus Vivendi asbl
en collaboration avec Question Santé asbl



Avec le soutien de la Communauté française de Belgique,
de la Commission Communautaire Française
de la Région de Bruxelles-Capitale
et de la Région Wallonne



Supplément à Bruxelles Santé n°35 - Septembre 2004

Editeur responsable : Dr. P. Trefois
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles
D/2004/3543/5