

RDR

BONNES PRATIQUES EN
RÉDUCTION DES RISQUES

4

TABLE DES MATIÈRES

	AVANT-PROPOS	2
1.1	BREF APERÇU DE LA RÉDUCTION DES RISQUES	4
	Une histoire en dents de scie	4
	Une approche neuve : l'utilisateur au centre	5
	Le risque : une notion relative	7
	La stigmatisation : un déterminant majeur de la santé	9
1.2	QU'ENTEND-ON PAR «BONNES PRATIQUES»?	12
2.1	RDR EN MILIEU FESTIF	16
	Les espaces de rencontre	15
	La formation des pairs et l'auto-support	15
	Testing et alertes précoces	17
	Labels et chartes pour une vie nocturne de qualité	17
	Violences sexuelles et consentement	18
2.2	RDR EN MILIEU DE RUE	19
	Nouvelles pratiques d'accueil et d'accompagnement des usagers	20
	Support par les pairs	22
	Dispositif d'accès au matériel stérile d'injection et d'inhalation	22
	Les salles de consommation à moindre risque (SCMR)	24
	Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) ou traitement agoniste opioïde (TAO)	25
	Accès à la naloxone	26
	Accès au logement	28
2.3	RDR EN MILIEU CARCÉRAL	29
	Sessions de rdr en prison	30
	Les programmes d'échange de matériel	31
	Les traitements agonistes opioïdes (TAO) en prison	31
	La continuité de soins	32
	La parole aux détenus	32

2.4	RDR EN MILIEU SPORTIF	34
	Sport et dopage	34
	Sport et alcool	35
2.5	RDR EN MILIEU VIRTUEL	37
	Les communautés d'usagers en ligne	37
	La réduction des risques à distance	37
	Test d'auto-évaluation de la consommation	38
	Applications pour smartphone	38
2.6	RDR ET PERSONNES ÂGÉES	39
3.1	RDR ET GENRE	41
	Une RDR ouverte aux questions de genre	42
	Renforcer la place de la vie affective et sexuelle dans la RDR	43
3.2	RDR ET JEUNES	47
	Une RDR pour les jeunes	48
	RDR à l'école : le projet SHAHRP	48
	Échange de matériel d'injection avec les mineurs	49
3.3	RDR ET MINORITÉS ETHNIQUES	50
	Intégrer la diversité	52
	Mettre en confiance	53
3.4	RDR ET CHEMSEX	55
	RDR et chemsex	56
	PreP, TasP et TPE : lutter contre la transmission du VIH	57
	Gay Outreach 2.0 (Sidaction)	58
	PERSPECTIVES ET ENJEUX	59

AVANT-PROPOS



QUI SOMMES-NOUS ?

BRUXELLES

Service support assuétudes

- › Monitoring socio-épidémiologique (2)
- › Description des tendances émergentes (3)
- › Identification de bonnes pratiques (4)
- › Soutien aux professionnel·les (5)

<https://eurotox.org>

AGENCE EUROPEENNE DES DROGUES

Point-Focal régional bruxellois et wallon (1)

- › Mise en œuvre des 5 indicateurs épidémiologiques-clés
- › Remplissage des tables standards et questionnaires structurés
- › Contribution au rapportage européen
- › Participation au système d'alerte précoce (EWS)

<https://eurotox.org/point-focal-regional/>

WALLONIE

Centre d'expertise en assuétudes

- › Monitoring socio-épidémiologique (6)
- › Information et documentation scientifique (7)

<https://eurotox.org>

(1) Plus d'informations à l'adresse : <https://eurotox.org/point-focal-regional/>

(2) L'objectif poursuivi par cette mission est de prévenir les usages de drogues, légales et illégales, et les conduites addictives et favoriser la réduction des risques auprès des jeunes et des adultes en tenant compte des inégalités sociales de santé. Pour ce faire, Eurotox s'emploie à soutenir le développement d'indicateurs pertinents, le recueil de données et l'évaluation des programmes et actions, en ce compris sur les pratiques en matière de jeux de hasard et d'argent et les usages d'écrans.

(3) L'objectif opérationnel consiste en la poursuite du développement d'actions de prévention et de réduction des risques, en ce compris la système d'alerte précoce et le testing, avec une attention particulière en matière d'usages de cannabis, de cocaïne et de crack, de kétamine et de métamphétamine et d'usage de protoxyde d'azote ainsi que les usages de rue.

(4) Eurotox veille à assurer le soutien, la formation et l'accompagnement des publics relais dans la mise en œuvre de pratiques innovantes en termes de prévention de réduction des risques, afin de prévenir et lutter contre la stigmatisation des usager·es de drogues et de garantir leur accès à la santé et à des soins de qualité.

(5) Cette mission renvoie à la participation aux concertations qui visent à mieux répondre aux besoins de la population en termes de connaissances, savoir, savoir-faire, formation et de coordination de professionnel·les de la santé, du social et de l'éducation.

(6) Cette mission consiste à mener et favoriser la recherche et la récolte des données, y compris celles relatives à la dimension de genre, en promotion de la santé, en ce compris la prévention.

(7) Eurotox veille à fournir l'information et la documentation scientifique utile à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé et à favoriser l'appropriation par les acteur·rices en promotion de la santé.

Depuis 2000, l'ASBL Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale, ainsi que la mission de Point-Focal régional au sein du Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX) pour l'Agence Européenne des Drogues (EUDA)¹.

Dans ce cadre, nous effectuons, à l'échelle de Bruxelles et de la Wallonie, un monitoring épidémiologique et sociologique des usages de drogues et de ses conséquences socio-sanitaires. Ce monitoring porte sur des données quantitatives et qualitatives permettant de dépeindre la situation épidémiologique relatives aux usages, à leurs déterminants et à leurs conséquences. Il concerne l'ensemble des drogues légales (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et illégales (e.g. cannabis, cocaïne, kétamine, MDMA), et s'étend également aux usages sans produit (e.g. écrans, jeux de hasard et d'argent).

D'autre part, Eurotox réalise la veille législative et politique de ces phénomènes, enrichie d'une réflexion sociologique. La contextualisation socio-culturelle des données quantitatives est indispensable pour comprendre les évolutions et appréhender les conséquences des tendances en matière de drogues et d'usage de drogue. Elle fournit un éclairage scientifique, met en exergue les différentes approches, et paradigmes coexistant dans le débat public et contribue *in fine* à

enrichir la compréhension contextualisée du phénomène.

La mission de Point-Focal régional, réalisée en collaboration avec Sciensano et le VAD, consiste à faire remonter jusqu'à l'EUDA une série d'informations quantitatives et qualitatives relatives à l'usage de drogues et aux dispositifs mis en place à l'échelle régionale.

Le travail d'Eurotox vise à favoriser une compréhension fine du phénomène de l'usage des drogues sur les aspects épidémiologiques, sociologiques, sanitaires et légaux. Eurotox met son expertise au service des opérateurs-rices, des médias et des décideur-ses à travers la mise à disposition d'une information scientifique, synthétique et critique, un soutien méthodologique, et un accompagnement de professionnels pour des questions relatives aux usages et aux assuétudes, avec ou sans produits (e.g. écrans, jeux de hasard et d'argent).

POURQUOI CES LIVRETS THÉMATIQUES ?

Eurotox propose des publications sous la forme de livrets thématiques afin de fournir des informations actualisées et digests relatives à un produit et/ou à une thématique spécifique en lien avec l'usage de drogues. L'idée est de faciliter la dissémination des sujets abordés, en fournissant un support informatif et opérationnel, adapté aux besoins actuels.

POURQUOI CE LIVRET SUR LES BONNES PRATIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES ?

Ce livret a pour objectif d'aborder les bonnes pratiques de réduction des risques (RDR), c'est-à-dire des pratiques qui reposent sur des preuves scientifiques ou sur un consensus d'experts lié à l'expérience de terrain. Le partage des bonnes pratiques, de leurs principes et de leurs stratégies, est important pour améliorer la connaissance, la compréhension de la RDR et pour soutenir les actions de terrain. Face à la multiplicité des projets, le livret a été structuré en trois parties. La première consiste en une introduction générale à la RDR et à la notion de bonnes pratiques. La deuxième partie présente des pratiques de RDR par milieux, la troisième par publics spécifiques.

Ce livret fournit un éclairage, donne des pistes et des idées mais il ne prétend pas être exhaustif. Il fonctionne en complémentarité avec la bibliothèque interactive du site d'Eurotox, que vous retrouverez sous l'onglet «Bonnes pratiques». Cette bibliothèque contient des études, des guidelines ainsi que des outils de RDR. Elle se veut évolutive et dynamique, grâce à la participation des différents acteurs de terrain. Nous invitons le lecteur à nous faire parvenir des documents ou des projets non mentionnés afin de pouvoir actualiser la bibliothèque et de renforcer ainsi le partage de connaissances liées aux bonnes pratiques de RDR.

Ce livret cite par ailleurs quelques repères bibliographiques. Les documents disponibles sur le site d'Eurotox ou en libre accès sur internet sont reconnaissables par le symbole ★.

Bonne lecture !

¹ L'Agence Européenne des Drogues (EUDA) remplace l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), qui avait été créé en 1993 (voir point 2.2).

BREF APERÇU DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

La réduction des risques² (RDR) est une stratégie de santé publique et de promotion de la santé. Elle s'inscrit dans un continuum d'interventions s'étendant jusqu'aux diverses modalités de soins, voire la réinsertion sociale, avec lesquelles elle peut être en lien. Elle consiste à interagir avec les usagers et usagères de drogues, quel que soit le type de produit et d'usage (ponctuel, régulier, problématique), dans l'objectif de réduire les risques y afférents. Ces risques peuvent être liés à la dangerosité du produit, aux caractéristiques de consommation (quantité, fréquence, mode, polyconsommation), mais aussi à des facteurs infectieux, psychosociaux ou environnementaux connexes.

UNE HISTOIRE EN DENTS DE SCIE

Dès le début du XX^e siècle, apparaissent quelques démarches de soutien aux usagers mais elles restent franchement marginalisées face aux conventions internationales de prohibition des drogues. Le concept de réduction des risques se développe véritablement dans les années 80. Alors que la mortalité chez les personnes atteintes du SIDA est importante,

2 Dite aussi réduction des dommages (traduction littérale du terme anglophone, *harm reduction*).

le partage de seringues parmi les usagers de drogues est identifié comme un risque élevé de transmission du VIH. Portée par des associations d'usagers et par des acteurs socio-sanitaires, la revendication de l'accès à des seringues stériles en pharmacie est considérée comme l'acte de naissance de la RDR.

Progressivement, face à l'échec de l'éradication des drogues et à la maximalisation des risques qu'entraîne la prohibition, la démarche s'étend à d'autres problématiques, remettant en question le paradigme de l'abstinence qui prévaut jusqu'alors. Elle repose sur le constat que le risque zéro n'existe pas, que la notion de risques est relative et qu'une information objective n'est pas incitatrice. Cette évolution ne s'opère pas sans tension : différents pays s'opposent très fortement à la reconnaissance de la RDR dans les politiques publiques, à l'exemple des États-Unis qui menacèrent l'UNODC³ de coupes budgétaires avant de se raviser. Il faut attendre 2009 pour une meilleure acceptation des stratégies de RDR au sein des organes de l'ONU⁴, même

3 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.

4 Wodak, A. (2009). Harm reduction is now the mainstream global drug policy. *Addiction*, 104(3), 343-345. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02440.x>

si les termes «harm reduction» n'étaient toujours pas nommés explicitement, dans les conclusions de l'UNGASS 2016 portant sur la question des drogues⁵. Il a fallu attendre la 67^e session de la Commission des stupéfiants des Nations Unies (CND), tenue en mars 2024, pour qu'une première résolution, proposée entre autres par la Belgique et identifiant la réduction des risques comme un élément important d'une riposte efficace en matière de santé publique, soit adoptée⁶.

Aujourd'hui, la répartition géographique de la RDR fluctue considérablement en fonction des régions du globe, mais également à l'intérieur même des pays. Certaines pratiques innovantes, telles que les salles de consommation à moindre risque, entraînent encore de vives

5 International Drug Policy Consortium. (2017). *Edging forward: How the UN's language on drugs has advanced since 1990* (Briefing paper). <https://www.ungassondrugs.org/images/stories/documents/Edging-Forward.pdf> ★

6 Commission on Narcotic Drugs. (2024). *Resolution 67/4: Preventing and responding to drug overdose through prevention, treatment, care, and recovery measures, as well as other public health interventions to address the harms associated with it*. https://www.unodc.org/rddb/document/drugs/resolution/2024/67/67-4/p2024_cnd_resolution_674pppreventing_and_responding_to_drug_overdose_through_prevention_treatment_care_and_recovery_measures_as_well_as_other_public_health_interventions_to_address_the_harms_associated_with_it.html ★

polémiques. Néanmoins, en Europe, la RDR prend de l'ampleur. En 2001, l'Union Européenne s'est engagée à l'implémenter sur son territoire. L'Agence de l'Union Européenne sur les Drogues (EUDA) a adopté la RDR, la soutient et considère qu'elle est devenue une pratique courante et un des piliers de la politique des drogues, notamment dans le cadre de la prévention du virus de l'hépatite C⁷.

En Belgique, tout comme dans d'autres pays européens, une crise sociale apparaît plus fortement que par le passé, surtout dans les villes. L'attraction urbaine pour des publics migrants ou sans chez-soi, mène à la concentration spatiale de personnes, non seulement consommatrices à risque de substances psychoactives, mais aussi cumulant fréquemment d'autres problématiques (e.g. de santé mentale),

7 European Union Drugs Agency. (2016). *Hepatitis C among drug users in Europe: Epidemiology, treatment, and prevention* (EMCDDA Insights 23). Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/insights/hepatitis-c-among-drug-users-in-europe_en ★

aigues ou chroniques, relevant du social et de la santé, voire du judiciaire puisque ces publics sont fréquemment l'objet de poursuites pénales diverses. La RDR est donc amenée à évoluer vers de nouveaux publics et de nouvelles problématiques, explorant alors de nouvelles pratiques et modalités d'intervention, dans une vision plus globalisante des enjeux et des réponses à apporter (Modus Vivendi, 2023).

Dans les zones rurales, ce n'est pas forcément la concentration mais au contraire l'isolement des publics, qui amène la RDR à devoir développer de nouveaux modes d'intervention, et ce d'autant plus que les substances psychoactives y sont fortement disponibles, dans toute leur diversité. Par ailleurs, il ne faudrait pas croire que le milieu rural soit immunisé contre la crise sociale, au contraire : un exemple est celui des prix du logement en province du Luxembourg, qui sont tels que de nombreuses personnes sont laissées pour compte et deviennent sans-chez-soi. Tout comme en villes, les réponses à apporter sont alors plurielles, mais a contrario des

zones urbaines, les ressources financières pour soutenir ces réponses sont bien moindres et bien plus difficiles à réunir (Modus Vivendi, 2023).

UNE APPROCHE NEUVE : L'USAGER AU CENTRE

L'essor de la RDR est rendu possible grâce à l'émergence de la promotion de la santé, qui valorise d'une part le rôle de la personne comme actrice de sa santé et d'autre part la prise en compte de ses besoins spécifiques. La RDR repose sur une approche qui considère ensemble drugs, set and setting, autrement dit le produit, l'état d'esprit de l'utilisateur et le contexte de consommation.

Dès lors, démarche globale, pragmatique et évolutive, la RDR a pour principes un bas seuil d'exigence, le non-jugement, la proximité avec la réalité des usagers et leur participation active aux programmes qui les concernent. En s'adressant aux personnes qui veulent consommer ou ne peuvent pas s'en empêcher, elle transforme considérablement le cadre d'intervention : la recherche d'abstinence n'est plus une fin en soi, elle devient une option parmi un continuum de réponses permettant à la personne de prendre soin d'elle (le care). Ainsi, par la diversification des dispositifs, des outils et par l'intervention à différentes étapes du parcours de consommation, la RDR a permis de toucher un nouveau public dans des contextes variés.

La responsabilisation et la participation de la personne sont des caractéristiques fondamentales de la RDR. À la domination symbolique du soignant sur la personne,

RAPIDE TOUR DU MONDE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN 2024

Programme	Nombre de pays ou de territoires où la pratique est disponible (sur 199)	Nombre de pays qui l'ont implanté entre 2019 et 2024
Échange de seringues et d'aiguilles	93 pays	+ 6
Thérapie agoniste opioïde	94 pays	+ 8
Salles de Consommation à Moindre risque	18 pays	+ 5
En milieu carcéral		
– échange de seringues et d'aiguille	11 pays	+ 1
– thérapies agoniste opioïde	60 pays	+ 6

Source : *The global state of harm reduction 2024*, HRI.

sont privilégiés l'accompagnement et la coopération. Cette inclusion de l'utilisateur dans les programmes de RDR a une double fonction. D'une part, elle cherche à donner à l'utilisateur les moyens d'agir sur sa santé et sur son environnement, en lui laissant l'auto-détermination de son mode de vie et d'assistance. D'autre part, elle lui reconnaît une expertise en matière des pratiques d'usage, le rôle de relais et d'auto-support parmi les pairs, et, en conséquence, lui accorde une place centrale dans la construction des programmes de RDR.

Face à l'apparition de nouveaux produits, de nouveaux modes de consommation et de nouvelles pratiques, voire de nouveaux publics, la RDR est en réflexion et en évolution permanentes, notamment quant à ses modalités d'interactions avec les usagers : en présentiel et en ligne ; au

moyen de nouveaux supports comme des brochures papier, des sites internet ou des applications pour téléphone mobile ; avec des experts du vécu ; en de nouvelles langues ; à destination de sous-groupes spécifiques, etc.

C'est dans ce cadre qu'émergent de nouveaux projets, visant toujours au renforcement de l'autonomie de l'utilisateur et de son estime de soi, dans un cadre de promotion de la santé. Depuis déjà de nombreuses années existent les projets participatifs, permettant à l'utilisateur de s'impliquer pleinement et de manière rémunérée dans diverses actions de réduction des risques, dans une logique d'empowerment et de reconnaissance de l'expertise acquise par le vécu. Depuis 2012, existe en France le réseau TAPAJ (Travail Alternatif Payé À la Journée) proposant

un emploi (souvent précaire) à de jeunes marginalisés, usagers de drogues et sans domicile fixe ou vivant dans des quartiers défavorisés.

De récents projets tendent à vouloir aller plus loin dans le développement de compétences socio-professionnelles. L'asbl Dune a par exemple développé des actions communautaires (création artistique, radiophonique, bien-être...) ou encore un atelier de réparation de vélo qui s'adressent aux personnes usagères de drogues en situation de grande précarité, avec mise à l'emploi dans le cadre d'un programme TAPAJ (voir infra). C'est notamment une occasion, pour elles, de sortir de l'image restrictive de consommateurs de drogues, et de renforcer leur bien-être, ainsi que leur sentiment d'auto-efficacité et d'utilité sociale. Les projets de réinsertion et de revalidation sociale par le travail ainsi que par les activités artistiques ou sportives, constituent un axe de travail complémentaire à la RDR, qui peut s'intégrer au sein de certains dispositifs.

Enfin, placer l'utilisateur au centre nécessite de s'adapter à ses capacités de compréhension et son degré de littératie en santé. Celle-ci est définie comme «la capacité et la motivation des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en rapport avec la santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions en matière de soins de santé, de prévention des maladies et de promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie» (Sørensen *et al.*, 2012⁸).

8 Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.

LES CONSTATS

- > Pas de société sans drogues
- > Pas de risque zéro
- > Notion de risque relative
- > Maximalisation des risques par la prohibition
- > Une information objective n'est pas incitatrice

LES VALEURS

- > Considérer l'utilisateur comme une personne à part entière
- > Ne pas juger la consommation
- > Reconnaître à la RDR ses finalités propres
- > Reconnaître le droit de l'utilisateur à la participation sociale

LES PRINCIPES D'INTERVENTION

- > Ne pas banaliser l'usage
- > Donner les moyens de réduire les risques
- > Encourager les prises de responsabilité des usagers
- > Aller à la rencontre de l'utilisateur dans son milieu de vie
- > Faire participer les usagers de drogues à la construction de la RDR
- > Faire valoir la dignité des usagers et ainsi, modifier les représentations sociales sur les usagers de drogue
- > Sensibiliser les professionnels au contact du public usager, ou potentiellement usager
- > Développer une réflexion et une évaluation constante de la RDR

Source : Charte de la réduction des risques

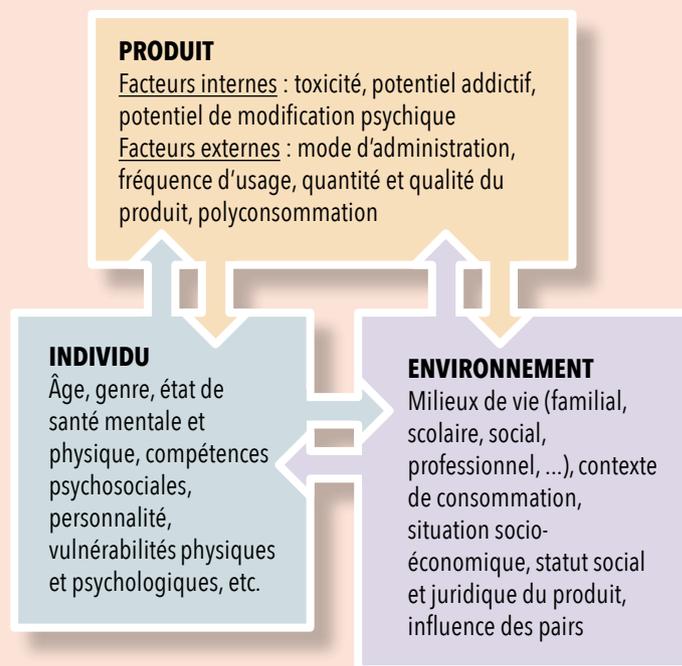
Lors d'une intervention de RDR ou la création d'un contenu à destination des usagers, il est donc essentiel de tenir compte et de s'adapter aux capacités de littératie du patient, sous peine de manquer d'efficacité et de risquer de contribuer indument aux inégalités sociales de santé.

LE RISQUE : UNE NOTION RELATIVE

Le risque lié à l'usage d'une drogue, et son effet, ne se réduisent pas aux phénomènes neurobiologiques : c'est le fruit de la rencontre entre un produit, une personne et un contexte. En parlant de toxicomanie, Claude Olievenstein théorisait la rencontre entre un produit, une personne et un moment socio-culturel. Avant lui, Pierre Fouquet, fondateur de l'alcoologie en France, référait à un écosystème entre alcool, individu et société. Peu à peu, c'est donc une conception multi-variée, basée sur le triptyque bio-psycho-social, qui a pris sa place dans les schémas explicatifs liés aux phénomènes drogues.

Cette conception prévaut aussi en ce qui concerne la réduction des risques, le risque n'étant pas uniquement attaché à un produit mais relatif aussi à la personne qui le consomme et au contexte de cette consommation. Le produit lui-même présente certaines incertitudes, surtout s'il s'agit d'une substance illégale et donc non-contrôlée. Pour une même substance, deux personnes peuvent connaître des effets, et donc des risques, sensiblement différents ; plus globalement, une même personne peut connaître des effets et expérimenter des risques différents selon son âge, sa corpulence, son métabolisme, ses fragilités biologiques ou psychologiques... Enfin, le contexte de consommation peut lui-

LE MODÈLE TRIVARIÉ



Alors que, durant la majeure partie du XXe siècle, les modèles d'approche théorique des drogues et, en conséquence, les pratiques de soin, se sont longtemps focalisés sur le produit, le modèle trivarié est désormais recommandé comme grille d'analyse et guide des pratiques de prévention, de réduction des risques et de soin des usages problématiques. Il découle lui-même du modèle bio-psycho-social, plus largement utilisé en médecine. À la fois modèle théorique et outil diagnostique et thérapeutique, il considère que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent en permanence sur l'état de santé d'une personne. Il est actuellement le modèle théorique le plus abouti pour analyser les problèmes de santé liés à l'usage de drogues et leur trouver une solution thérapeutique.

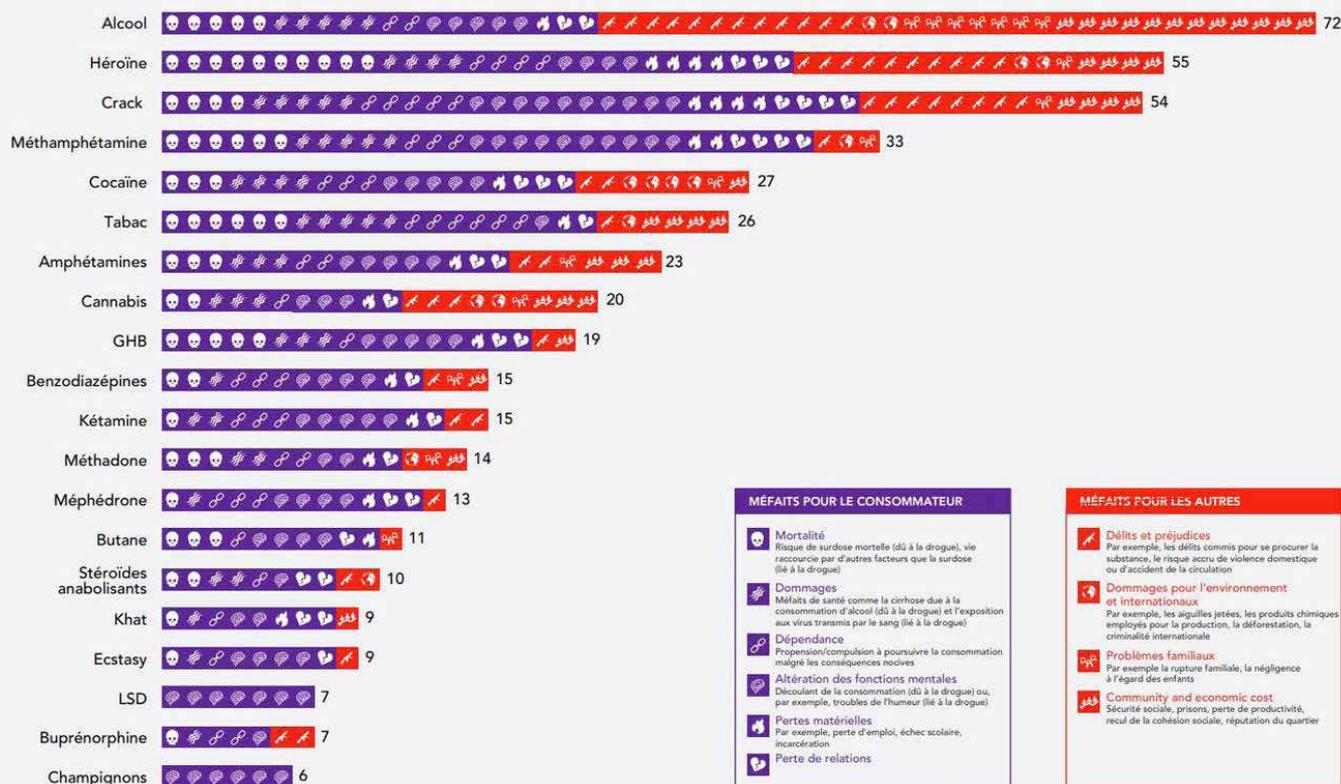
même majorer certains risques lié à l'usage de drogues, d'où la plus-value de proposer des environnements aménagés ou sécurisés (e.g. salles de consommation à moindre risque, zones de repos en milieu festif). Les risques et dommages liés à l'usage de drogues ne se limitent pas à ceux auxquels s'expose l'utilisateur. Les travaux de Nutt *et al.* (2010) ont permis d'estimer et comparer les dommages de divers produits sur l'individu (en termes de mortalité et morbidité, de dépendance et de

dommages somatiques), mais également ceux qui impactent la société (au niveau des relations sociales et familiales, de criminalité de dégâts environnementaux et de coûts économiques et communautaires). Ces travaux ont notamment permis d'objectiver le fait que la légalité/illégalité de produits n'est pas forcément liée à leur dangerosité individuelle et sociale. Par exemple, l'alcool apparaît comme étant une substance beaucoup plus dangereuse que diverses substances interdites (e.g.

cannabis, kétamine, LSD), et ce tant pour les consommateurs que pour la société.

Enfin, il convient d'insister sur le fait que le risque est une notion relative, et que certains facteurs peuvent grandement l'influencer, en particulier le contexte d'usage et les pratiques de polyconsommation. Il n'existe pas de définition univoque de la polyconsommation, parce que ce terme recouvre différentes pratiques répandant

CLASSEMENT DES DROGUES EN FONCTION DES DOMMAGES POUR LE CONSOMMATEUR ET POUR LES AUTRES



GCDP, 2019, d'après Nutt *et al.*, 2010

à des motivations ou situations variées (maximisation des effets recherchés, minimisation des effets indésirables, opportunisme, polydépendance, ...). Dans une acception large, elle peut être définie comme une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits, de manière combinée ou successive, sur une période déterminée. La polyconsommation est considérée comme une pratique à risque parce que l'usage combiné de plusieurs substances peut engendrer des interactions pharmacologiques dangereuses augmentant le risque de complications (hyperthermie, accident vasculaire cérébral, dépression respiratoire, etc.), parce que l'état induit par les effets combinés des produits augmente le risque de troubles du comportement et d'accidents, et parce qu'elle peut s'accompagner d'une polydépendance, qui augmente le risque d'impact biopsychosocial et complique le travail de prise en charge. Au-delà des risques sur le plan individuel, la polyconsommation peut aussi favoriser certains risques sociaux (e.g. accident de la route en cas de conduite sous influence, troubles du comportement ayant des répercussions sur des tiers).

Plusieurs sites internet permettent d'estimer et de catégoriser la dangerosité de différentes combinaisons de produits: <https://combo.tripsit.me/> et <https://mixtures.info/>. Une adaptation francophone est également proposée par Modus Vivendi sous forme d'affiche⁹.

LA STIGMATISATION : UN DÉTERMINANT MAJEUR DE LA SANTÉ

La stigmatisation, quelle que soit sa forme, impacte directement la santé des individus, en affectant leur santé mentale, en influençant l'adoption de comportements à risque, ou encore en provoquant des niveaux de stress et d'anxiété plus élevés. Elle agit également indirectement, en dégradant les relations aux professionnels de la santé, en gênant l'accès aux soins et aux services de réduction des risques, ou encore en nivelant la qualité des soins par le bas. La stigmatisation à l'égard des usagers de drogues engendre donc régulièrement des mécanismes de discrimination et d'(auto-)exclusion sociale, y compris au niveau des services social-santé, à tel point qu'elle est désormais considérée comme un déterminant social majeur de la santé (Bolster-Foucault, Ho Mi Fane & Blair, 2021). Les acteurs de la RDR doivent donc aussi se mobiliser dans des actions de plaidoyer pour lutter contre ce phénomène, notamment en corrigeant les représentations stéréotypées (lors de sollicitations dans les médias, lors d'allocutions publiques, de formations...), en favorisant l'utilisation d'une terminologie neutre, en déconstruisant avec les usagers les stigmates qu'ils ont eux-mêmes internalisés, etc.

Les acteurs de santé et académiques canadiens (Agence de la santé publique du Canada, 2020) ont récemment été particulièrement actifs quant aux réflexions sur les effets induits par la stigmatisation à l'égard des usagers de drogues, notamment en publiant un guide à destination des professionnels de santé, afin de les aider à parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante. On y trouve notamment un lexique complet, basé sur 6 principes directeurs :

1. Prendre le temps de stimuler l'autoréflexion (principe de base), afin de prendre conscience de ses propres biais quand on parle de consommation de substances ;
2. Reconnaître que les individus qui consomment des substances sont des êtres humains dotés à la fois d'identités propres et complexes et d'expériences de vie ;
3. Reconnaître que le trouble lié à l'utilisation de substances est un problème de santé ;
4. Reconnaître et faire valoir la résilience, l'expertise et la compétence de ceux ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de substances ;
5. Éviter d'employer un langage laissant apparaître des suppositions soit sur les motivations et les objectifs des personnes concernant leur consommation de substances soit sur leur volonté et leur disposition à recevoir certaines formes de soins ;
6. Être particulièrement vigilants quand on développe de la documentation sur la consommation de substances destinée à être publiée.

⁹ https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/tab_melange_def-1.pdf

EFFETS PSYCHOSOCIAUX

Usager-es

- › Sentiment d'inutilité et de résignation («à quoi bon»)
- › Symptomatologie dépressive et anxieuse plus élevée, voire présence d'idées suicidaires (médiatisée par la dépression)
- › Sentiment de honte fortement présent
- › Diminution de la qualité de vie
- › Diminution de l'estime de soi

Relations aux autres

- › La stigmatisation peut mener les autres à ressentir de la pitié, de la peur, de la colère et un désir d'instaurer une distance sociale vis-à-vis des usagers de drogues
- › Tendance à cacher la consommation à la famille et aux professionnels de la santé, participant à la réduction du soutien social et professionnel
- › Détérioration de la vie sociale
- › Augmentation de l'isolement social
- › Augmentation du chômage

EFFETS SUR LA SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS

Santé et comportements à risque

- › La stigmatisation participe à un plus haut taux de stress chez les personnes et à l'adoption de comportements à risque, avec des conséquences néfastes sur leur santé (notamment augmentation du partage du matériel d'injection et des comportements sexuels à risque)
- › La stigmatisation intériorisée et les sentiments de honte et d'isolement peuvent accroître la consommation de drogues chez les usagers problématiques
- › La stigmatisation pousse à la rétention d'informations importantes en matière de santé : cacher la consommation ou minimiser les besoins en santé et le niveau de douleur (les services et soins sont dès lors moins adaptés aux besoins des usagers et les soins de moins bonne qualité)
- › La stigmatisation freine ou réduit significativement
- › L'accès et la prise de contact avec les services d'aide et de soins de santé (éviter), contribuant à une augmentation de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies associées à l'usage de drogue
- › L'accès aux services de RDR (notamment les dispositifs d'échange de seringues)
- › La détection des usages problématiques
- › L'accès aux services de traitement, la rétention et l'adhérence au traitement

- › La stigmatisation a pour effet de retarder le recours aux soins pour les usagers de drogues par injection (UDI) ; ce qui participe à réduire les opportunités de prévenir et traiter à temps les infections (HIV, VHC, etc.) et les infections cutanées. Or, traiter ces maux à temps, voire les prévenir, permettrait d'améliorer la santé des UDI et de réduire nombre de coûts

Attitudes du personnel soignant et qualité des soins

- › Les représentations sociales stigmatisantes peuvent influencer négativement les perceptions et les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des usagers problématiques¹¹, ce qui peut impacter négativement :
 - › La motivation, l'implication et la satisfaction qu'ils retirent de leur travail
 - › La relation avec les patients (amoindrissant le sentiment d'empowerment et de confiance en soi de ceux-ci, ce qui affecte *in fine* l'efficacité du traitement)
 - › La volonté de prodiguer des soins de qualité et/ou de traiter les usagers problématiques
 - › La qualité des soins prodigués et du suivi
 - › Les comportements des soignants (qui tendent à adopter des comportements d'évitement, par exemple : des visites médicales plus courtes, moins d'investissement personnel et moins d'empathie)
 - › L'inclinaison à prescrire des traitements pharmacologiques effectifs aux usagers souffrant d'autres pathologies (cancer, douleurs chroniques, etc.)

EFFETS SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LES LOIS

- › La stigmatisation peut réduire la bonne volonté des politiques d'allouer des moyens financiers pour soulager certaines difficultés ou obstacles dans la recherche d'aide ou de soins (par ex, remboursements de la sécurité sociale et des mutuelles, logements sociaux, automatisation des droits sociaux...)
- › La criminalisation des comportements d'usage de drogues (ou associés) exacerbe la stigmatisation et produit des processus d'exclusion qui aggravent la marginalisation des usagers et leurs proches
- › La stigmatisation peut mener à la discrimination, qui peut s'accompagner de la volonté de contraindre les usagers à suivre un traitement ou de les priver de leurs rôles sociaux ou de certains droits (par exemple, citoyens, reproductifs ou parentaux)

Source : Milan et Varescon, 2022 ; Tostes *et al.*, 2020 ; Livingston *et al.*, 2012 ; Yang *et al.*, 2017 ; Room, 2005 ; Wogen et Restrepo, 2020 ; Hadland *et al.*, 2018 ; Meyers *et al.*, 2021 ; Muncan *et al.*, 2020 ; Van Boekel *et al.*, 2015 ; Ashford *et al.*, 2019 ; Biacarelli *et al.*, 2019 ; Volkow, 2020.

¹⁰ Pour en savoir plus : Eurotox. (2023), *Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale 2022 + Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région wallonne 2022*, Eurotox asbl *

¹¹ Les professionnels de la santé et autres acteurs de la santé peuvent avoir des représentations négatives des usagers (problématiques), ne pas avoir confiance en leur motivation, craindre d'être trompés, les percevoir comme abusant des ressources du système, n'étant pas investis dans leur propre santé, à la recherche de drogues, incapables d'adhérer à un traitement.

POUR EN SAVOIR PLUS

Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante : Une ressource pour les organisations canadiennes des professionnels de la santé et leurs membres*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/parler-consommation-substances-maniere-humaniste-securitaire-non-stigmatisante-2019.html> ★

APDES. (2013). *Professional profile of the outreach worker of harm reduction* ★

Ashford, R., Brown, A., & Curtis, B. (2019). Expanding language choices to reduce stigma: A Delphi study of positive and negative terms in substance use and recovery. *Health Education*. <https://doi.org/10.1108/HE-03-2018-0017> ★

Biancarelli, D., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M.-L., Salhaney, P., Edeza, A., Mimiaga, M. J., Saitz, R., & Bazzi, A. R. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 198, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037> ★

Bolster-Foucault, C., Ho Mi Fane, B., & Blair, A. (2021). Structural determinants of stigma across health and social conditions: A rapid review and conceptual framework to guide future research and intervention. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 41(3), 85-115. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.3.03> ★

Dalgarno, P., & Shewan, D. (2005). Reducing the risks of drug use: The case for set and setting. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 259–265. <https://doi.org/10.1080/16066350500053562> ★

EUDA. (2010). *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges* (EMCDDA Monographs). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/29497> ★

Eurotox. (2023). *Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale 2022 + Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région wallonne 2022*, Eurotox asbl ★

Hadland, S., Park, T. W., & Bagley, S. (2018). Stigma associated with medication treatment for young adults with opioid use disorder: A case series. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13, Article 15. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0116-2> ★

Harm Reduction International. (2024). *The Global State of Harm Reduction 2024*. <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm-reduction-2024/> ★

Jürgens, R. (2008). "Nothing about us without us": Greater meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, human rights imperative. Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute ★

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x> ★

Meyers, S. A., Earnshaw, V. A., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D., & Smith, L. R. (2021). The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 223, Article 108706. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108706>

Milan, L., & Varescon, I. (2022). Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : Revue systématique de la littérature. *Psychologie Française*, 67(2), 99-128. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006> ★

Modus Vivendi. *Charte de la réduction des risques* (s.d.). <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/> ★

Modus Vivendi. (2023). *Actes de la journée d'étude: 30 ans de Modus Vivendi: aller jusqu'au bout du rêve*. <https://modusvivendi-be.org/publications/actes-de-la-reduction-des-risques/> ★

Morel, A., Chappard, P., & Couteron, J.-P. (Dir.). (2012). *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions: Contexte, enjeux, nouvelles pratiques*. Dunod.

Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., & Ompad, D. C. (2020). "They look at us like junkies": Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8> ★

Nutt, D. J. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. https://www.researchgate.net/publication/285843262_Drug_harms_in_the_UK_A_multi-criterion_decision_analysis ★

Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143–155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80> ★

Tam T. (2019). *Lutte contre la stigmatisation : Vers un système de santé plus inclusif. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html> ★

QU'ENTEND-ON PAR «BONNES PRATIQUES» ?

Tostes, J. G. de A., Dias, R. T., Reis, A. A. da S., Silveira, P. S. da, & Ronzani, T. M. (2020). Interventions to reduce stigma related to people who use drugs: A systematic review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30, e3022. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3022> ★

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2015). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, general practitioners, mental health and addiction specialists, and clients. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 539–549. <https://doi.org/10.1177/0020764014562051> ★

Volkow, N. D. (2020). Stigma and the toll of addiction. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1289–1290. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1917360> ★

Wogen, J., & Restrepo, M. T. (2020). Human rights, stigma, and substance use. *Health and Human Rights*, 22(1), 51–60. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7348456/> ★

Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(5), 378–388. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000351>

En Union Européenne, pour des raisons politiques mais aussi économiques, la référence aux bonnes pratiques, reposant sur des critères de qualité et sur des normes minimales, est de plus en plus encouragée, et ce dans différents domaines. Celles-ci rencontrent la volonté de la communauté scientifique internationale de définir les politiques des drogues en fonction de connaissances scientifiques (Déclaration de Vienne, 2010).

Concrètement, les bonnes pratiques en matière de RDR sont des outils, des guides ou des recommandations sur les savoir, savoir-faire et savoir-être efficaces, à destination des professionnels socio-sanitaires. Elles sont proposées comme aides à la décision, avec pour finalité l'amélioration de l'efficacité des

interventions, ou, tout au moins, des moyens déployés. Ces bonnes pratiques peuvent être identifiées comme telles sur base des preuves scientifiques existantes (*evidence-based practice*). En l'absence de telles informations, elles peuvent résulter d'un consensus entre experts sur ce qui est estimé pertinent et efficace dans une série de situations précises. L'implémentation des outils de bonnes pratiques peut parfois faire l'objet d'une évaluation spécifique. Une fois leur faisabilité et leur efficacité établies, les bonnes pratiques sont rassemblées et diffusées sous forme de méthodes claires et transférables.

En RDR, les bonnes pratiques sont générées sur base des travaux d'évaluation des activités menées, dont les principaux indicateurs sont présentés dans le tableau

ÉVALUER LA RDR : INDICATEURS PRINCIPAUX

INDICATEURS DIRECTS	INDICATEURS INDIRECTS
<ul style="list-style-type: none"> › Taux de mortalité › Overdoses fatales › Overdoses non fatales › Incidence et prévalence du VIH* › Incidence et prévalence du VHC* › Incidence et prévalence des maladies transmissibles associées › Comorbidités associées (eg. santé somatique) 	<ul style="list-style-type: none"> › Amélioration de la connaissance des usagers › Réduction des prises de risque › Matériel stérile consommé › Amélioration de la qualité de vie et du statut psychosocial des usagers › Insertion professionnelle › Amélioration de l'accès aux soins et au dépistage › Amélioration de la prise en charge des comorbidités

Source : *Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, p. 113.

* VIH = virus de l'immunodéficience humaine
VHC = virus de l'hépatite C

ci-dessous. Les indicateurs directs et indirects sont aussi cruciaux l'un que l'autre, et il ne faudrait pas négliger les seconds : « toute stabilisation, toute diminution des risques, tout changement intentionnel même minime doit être considéré comme un résultat valable¹². »

Ces bonnes pratiques existent sous de multiples formes : il peut s'agir de questionnaires standards, de protocoles guidant la création d'un projet, de recommandations de comportements considérés comme adéquats dans une situation donnée, d'une check-list pour guider un entretien ou poser un diagnostic, de supports pour former les pairs, etc. Leur origine peut être interne ou externe à l'institution qui les utilise (un institut de santé publique, une autre association, un réseau professionnel, etc.).

Désireuse d'impulser l'implémentation des bonnes pratiques, l'Union européenne a établi des standards minimaux de qualité.

Il s'agit de principes ou des règles considérés comme des critères de mesure de la qualité d'un projet. En RDR, ces standards concernent la structure (accessibilité géographique et temporelle, qualification du personnel, multidisciplinarité...), le processus (évaluation des risques et des besoins, confidentialité, consentement éclairé, planning individualisé, coopération quotidienne avec d'autres structures, participation des usagers...), et ses résultats (réduction des comportements à risques, rapport coût-efficacité et coût-bénéfice...). Certains de ces standards sont contestés

en raison de leur inadéquation aux réalités financières ou professionnelles du secteur de la RDR, mais aussi à cause d'une formulation trop générique pour être opérationnelle.

L'identification et le partage des bonnes pratiques permettent de visualiser progressivement l'étendue des connaissances en RDR, de repérer les inconnues et les lacunes, d'améliorer l'atteinte des objectifs, de pérenniser et de diffuser des manières de faire et ainsi, de créer une synergie entre les acteurs de terrain. Néanmoins, le recours aux bonnes pratiques ne doit pas être conçu comme une fin en soi, sous peine de mener peu à peu à la mise en place d'interventions standardisées et décontextualisées, et d'engendrer un appauvrissement des pratiques.

Le modèle de l'étude randomisée contrôlée, sur lequel s'appuient le plus souvent les pratiques evidence-based, ne se prête pas à toutes les interventions et ce pour de multiples raisons (méthodologiques, économiques, éthiques...). Par conséquent, une absence de preuve d'efficacité ne doit pas être confondue avec une preuve d'absence d'efficacité. En outre, lorsqu'une étude randomisée contrôlée met en évidence l'efficacité d'une intervention, il ne faut pas oublier que cette efficacité est relative (à celle de groupes soumis à d'autres interventions ou à un placebo) et n'est jamais absolue : une intervention evidence-based n'obtient jamais un taux d'efficacité de 100%. Dans ce contexte, espérer pouvoir un jour trouver l'intervention de RDR optimale est probablement une illusion, car la diversité des êtres humains et la spécificité de chaque problématique peuvent entraîner des réponses variables à une même intervention. Par ailleurs, en sciences humaines, ce qui

fonctionne dans un contexte particulier peut ne plus fonctionner dans un contexte (culturel, social...) trop éloigné.

Par conséquent, les bonnes pratiques ne doivent pas être considérées comme des recettes à appliquer aveuglément et sans discernement. Elles ne doivent pas occulter la complexité du travail avec l'être humain et la nécessité d'une prise en charge individualisée, qui s'adapte aux spécificités de chacun. De ce point de vue, la bonne pratique la plus élémentaire consisterait donc aussi à cultiver la diversité des pratiques, afin que chaque personne en difficulté puisse trouver la forme d'aide qui lui convient au moment où elle éprouve le besoin d'être aidée.

Ces outils doivent plutôt se concevoir et s'appréhender dans le cadre d'une pratique réflexive et autocritique, capable de s'accommoder aux propriétés fluctuantes des environnements sociaux, des usagers, et des comportements. Ils ne sont pas non plus à considérer comme des références exclusives, sous peine de freiner voire de censurer les pratiques innovantes (qui n'ont généralement pas encore fait l'objet d'une évaluation ou d'un consensus). Enfin, il convient de rappeler que le professionnalisme en action sociale et sanitaire est gouverné par une obligation de moyens et non par une obligation de résultats. Se focaliser exclusivement sur les méthodes d'action dont l'efficacité est avérée reviendrait ainsi à nier tacitement le libre arbitre et la part d'imprévisibilité du comportement humain. Il paraît donc indispensable d'entretenir un débat permanent et vigilant sur les normes de qualité de l'action publique, les critères qui les régissent et sur les valeurs qui les sous-tendent.

12 Morel, A., Chappard, P., & Couteron, J.-P. (2012). L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie (p. 321). Dunod.

POUR EN SAVOIR PLUS

Autriq, M., Demarest, I., Goethals, I., De Mayer, J., Anseau, M., & Vanderplasschen, W. (2016). *Processus de consensus sur des normes de qualité minimales et idéales pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie* (COMIQS.BE). Bruxelles: BELSPO et SPF Santé Publique. <https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=en&COD=DR/66> ★

Déclaration de Vienne. (2011). *Déclaration de Vienne (juillet 2010)*. Récupéré de <https://shs.cairn.info/revue-multitudes-2011-1-page-39?lang=fr>

European Union Drugs Agency. (2022). *Local communities and drugs: Health and social responses (Communautés locales et drogues: réponses sanitaires et sociales)*. https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/local-communities-and-drugs-health-and-social-responses_fr ★

Morel, A., Chappard, P., & Couteron, J.-P. (Eds.). (2012). *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Dunod.

Strike, C., Watson, T. M., Lavigne, P., Hopkins, S., Shore, R., Young, D., et al. (2011). Guidelines for better harm reduction: Evaluating implementation of best practice recommendations for needle and syringe programs (NSPs). *International Journal of Drug Policy*, 22(1), 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.03.007> ★

Strike, C., & Watson, T. M. (2017). Education and equipment for people who smoke crack cocaine in Canada: Progress and limits. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0144-3> ★

Uchtenhagen, A., & Schaub, M. (2012). Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS: Final report. Research Institute for Public Health and Addiction. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e83f98c2-4523-4e13-a5c0-caf25d12c6f1> ★

La plateforme internet We Link Care. (n.d.). <http://www.welinkcare.com>

Le portail des bonnes pratiques de l'EUDA. (n.d.). <https://www.euda.europa.eu/best-practice>

2.1

RDR EN MILIEU FESTIF

En milieu festif, la consommation de psychotropes, plus élevée que dans la population générale¹³, peut être motivée par l'envie d'expérimenter l'excès et de repousser les limites, mais elle est surtout favorisée par les propriétés récréatives de nombreux produits (désinhibition, modification des perceptions et des affects, résistance à la fatigue...), qui agissent comme des facilitateurs festifs et sociaux et participent à la prise de plaisir et à la décompression recherchées. Une consommation excessive ou inappropriée peut cependant entraîner différents problèmes, tant aux niveaux physique, psychologique que social : déshydratation, hypoglycémie, hypo- ou hyperthermie, maux de tête, vomissements, angoisse, hallucinations, coma éthylique, difficultés cardiaques ou respiratoires, overdose. L'altération de l'état de conscience peut en outre occulter les signaux corporels alarmants, voire induire des comportements agressifs ou des prises de risques (conduite d'un véhicule sous l'influence de substances, rapport sexuel non protégé ou non souhaité...). Le milieu festif peut en

outre être un lieu d'initiation à l'usage de l'alcool et de drogues illicites pour de nombreuses personnes, en raison de l'état d'esprit festif et insouciant, et des mécanismes d'influence sociale. L'inexpérience de l'utilisateur, la polyconsommation, la méconnaissance des effets et des risques associés peuvent aussi amplifier les risques encourus. Enfin, les risques sont maximisés par l'incertitude quant à la composition exacte des produits illicites en circulation, et l'usage récréatif peut aussi évoluer vers une consommation régulière engendrant des troubles spécifiques (dépendance, altération de certaines fonctions cognitives, etc.).

La mise en place d'un projet de RDR en milieu festif passe par l'évaluation des besoins, des ressources internes et externes, par la définition du programme et de ses objectifs, la conception de l'intervention, sa préparation, son déploiement en tant que tel, son monitoring et, si possible, son évaluation et sa diffusion. Le type de fête influençant les risques encourus, la RDR en milieu festif cherche à s'adapter et à s'intégrer à la fête qu'elle investit, à sa culture, à son mode de fonctionnement, à son implantation et à son public – un festival n'équivaut pas à une rave de type free party, à un teknival ou à une soirée en boîte de nuit. Les principaux

.....
13 EUDA. (2014). Exploring methamphetamine trends in Europe (EMCDDA Papers). https://www.euda.europa.eu/publications/emcdda-papers/exploring-methamphetamine-trends-in-Europe_en ★

critères à évaluer anticipativement sont la durée de l'événement, son style musical, le nombre de personnes prévues, la politique tarifaire, la légalité ou non de la soirée, la capacité du lieu, sa localisation, les conditions environnementales et sanitaires préexistantes, etc.

LES ESPACES DE RENCONTRE

La rencontre avec les usagers nécessite des espaces de contact dans et hors du milieu festif. Les caractéristiques recommandées sont l'accueil, l'accessibilité, la gratuité, la visibilité, dans un endroit préservé du bruit, de la cohue et assurant une certaine discrétion. Les actions peuvent s'adapter en fonction du déroulement de la fête et de l'état d'influence des usagers rencontrés. Le personnel, comprenant des pairs, y pratique la dispense d'informations, voire de conseils personnalisés, l'écoute active et bienveillante, l'accompagnement, l'orientation vers des services, la réassurance ou encore la relation d'aide.

Les espaces hors milieu festif dispensent des conseils, matériel, testing de substances psychotropes, ainsi que des animations culturelles et d'informations plus globales sur la santé et sur l'usage de drogues. Le matériel distribué est diversifié et ajustable : brochures explicatives sur les risques sanitaires, sociaux et judiciaires ; préservatifs féminins et masculins, bouchons d'oreille, éthylo-tests, matériel de sniff, d'injection ou d'inhalation, mais aussi eau potable et collations. L'agencement des espaces de repos invitent les personnes à se détendre (lumières douces, mobilier confortable, musique relaxante...) et leur configuration

permet aux acteurs de RDR de rester vigilants aux personnes potentiellement en difficulté.

LA FORMATION DES PAIRS ET L'AUTO-SUPPORT

La prévention par les pairs¹⁴ est une stratégie qui consiste à mobiliser lors des interventions des personnes qui partagent les mêmes caractéristiques que le groupe cible (i.e. personne consommatrice, ayant approximativement le même âge et partageant généralement les mêmes codes culturels¹⁵). La mobilisation de pairs permet de faciliter l'entrée en contact avec le public et d'augmenter la légitimité perçue de l'intervention. Les pairs ne sont pas des professionnels sur ces matières mais sont sollicités en tant qu'«experts du vécu». Ils sont formés à la délivrance de messages de prévention et de conseils de RDR, avec l'objectif de modifier les représentations, les attitudes, les connaissances et les comportements du public cible. La mobilisation de pairs est fréquente lors d'interventions en milieu festif pour aborder les problématiques relatives à l'usage de drogues et d'alcool et pour la prévention de maladies sexuellement transmissibles. Elle est généralement considérée comme pertinente pour les raisons suivantes (voir Turner & Shepherd, 1999) :

- 1) les pairs sont perçus comme une source d'information crédible ;

.....
14 *Peer prevention, peer education* ou encore pair-aidance.

15 Les caractéristiques d'appariement peuvent porter sur l'âge, le genre, l'ethnicité, les codes vestimentaires, le milieu de résidence, etc. selon les caractéristiques précises du public cible et les besoins de l'intervention.

- 2) et davantage acceptable que d'autres sources d'information ;
- 3) la mobilisation des pairs favorise leur empowerment ;
- 4) et leur est globalement bénéfique (augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi, socialisation...);
- 5) elle utilise une modalité «naturelle» de partage d'informations et de conseils ;
- 6) l'information «percole» mieux lorsqu'elle est transmise par une personne à laquelle le destinataire peut s'identifier ;
- 7) les pairs peuvent être perçus comme des modèles à suivre ;
- 8) les pairs permettent de toucher des publics difficiles à atteindre par les méthodes de prévention classiques ;
- 9) les apprentissages sont renforcés en raison des contacts continus du public cible avec les pairs ;
- 10) la prévention par les pairs aurait un meilleur coût-efficacité que les approches classiques.

Cette approche s'inscrit parfaitement dans la philosophie de la promotion de la santé, qui vise à mobiliser les populations pour les rendre actrices de leur propre santé. À termes, les pairs leaders peuvent rejoindre le personnel d'une structure de RDR ou diffuser la RDR par auto-support. Cette approche a aussi l'avantage de permettre aux professionnels de rester au courant de l'évolution des caractéristiques culturelles, attitudinales et comportementales du public cible, au-delà de ce qui est directement perceptible. Il ne suffit toutefois pas d'inclure des pairs pour conférer à une intervention pertinence et efficacité. Le groupe NEWIP¹⁶

.....
16 Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project, qui regroupe les acteurs de terrains européens intervenant en milieu festif.

ESPACES DE CONTACT EN MILIEU FESTIF

Le choix de l'intervention dépend des besoins identifiés ainsi que des ressources humaines, financières et matérielles disponibles. Certaines interventions peuvent s'additionner lors d'un même événement.

Flyage	Mise à disposition de matériel sans mobilisation d'une équipe
Stand	Espace fixe de flyage, avec accompagnement, assistance aux personnes et orientation éventuelle
Espace de conseil sur le soin et l'hygiène	Espace propice au conseil personnalisé et au respect de la confidentialité, pouvant inclure de la distribution et de la récupération de matériel stérile
Chill Out	Espace de rupture, alternatif, permettant la discussion, la détente et le repos, combinable avec les fonctions du stand, souvent géré par l'organisateur de l'événement En Belgique, la « <i>Relax zone</i> » inclut également du personnel psycho-médico-social, combine les fonctions du stand, d'accueil et de prise en charge des personnes rencontrant des difficultés mineures dans leur consommation
Sleep in	Espace pour dormir (non disponible en Belgique)
Maraude, équipe mobile	En complément à l'espace fixe, tour du site à plusieurs et rencontre avec les personnes, en vue de proposer le matériel de RDR, de repérer les pratiques de consommation et d'identifier des personnes en difficulté
Animation «table à table»	Rencontre avec le public réceptif à l'échange (fumeur, groupes assis) par le biais d'une animation sur la santé
TROD	Dispositif pour le test rapide à orientation diagnostique du VIH ou du VHC (délai entre 5 à 30 minutes)
Testing	Voir page suivante «Testing et alertes précoces»
Dispositif médicalisé	Dispositif concentré sur le secourisme (stand Croix-Rouge)

ALCOOL

Bien que la RDR en milieu festif ne se concentre pas, habituellement, sur un produit en particulier, des projets de RDR ont récemment été développés autour de l'alcool.

Ainsi plusieurs initiatives ont été prises en milieu étudiant, dans diverses universités et hautes écoles francophones. Des enquêtes quantitatives ont en effet mis en évidence la prévalence élevée de la consommation excessive d'alcool (et notamment du *binge drinking*) dans ce milieu, ainsi que les liens existants entre cette consommation excessive et les activités folkloriques (notamment la pratique des présoirées). La focalisation sur le milieu étudiant, en particulier sur les activités folkloriques, a pour objectif d'intervenir dans ce microcosme en fonction de ses modalités et de ses règles de vie.

Depuis peu, l'Agence Wallonne pour la Sécurité Routière met gratuitement à disposition des bornes éthylotests, pour toute association, entreprise ou organisme public organisant un événement festif. Ces bornes permettent de tester instantanément son taux d'alcoolémie (avec un taux plafonné à la limite légale de 0.22mg/l d'air expiré) et de fournir des informations utiles (temps d'attente avant de conduire, amende risquée, solutions de retour alternatif...) aux conducteurs s'ils doivent reprendre le volant.

Certains de ces projets portent aussi attention au harcèlement sexiste, dans le cadre de comportements possiblement liés à la surconsommation d'alcool et de drogues (voir infra : «violences sexuelles et consentement»). Le lecteur intéressé trouvera des bonnes pratiques en matière de prévention et de réduction des risques liés à l'usage d'alcool dans un livret bonnes pratiques dédié¹⁷.

17 Eurotox. (2020). *Alcool : Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques*. Disponible sur <https://eurotox.org/publications/nos-publications/bonnes-pratiques/>

(voir Noijen *et al.*, 2012) a ainsi émis une série de recommandations afin d'optimiser la prévention par les pairs en milieu festif, en prenant appui sur les standards de qualité européens en matière de prévention de l'usage de drogues :

- › L'intervention doit être menée en référence à des objectifs à long terme, de sorte qu'il est préférable de mettre en place des projets pérennes, en prenant le temps de sélectionner et former des pairs motivés, qui partagent ces objectifs, plutôt que de mettre en place des interventions brèves/irrégulières, avec un turnover fréquent des pairs. Ceci étant, certains intervenants en milieu festif soulignent aussi l'opportunité qu'offre le recrutement de nouveaux pairs, en l'occurrence celui de recruter de nouveaux acteurs de promotion de la santé, parmi le public des «nouveaux fêtards», encore à conscientiser ;
- › La prévention par les pairs doit s'inscrire dans une approche globale, d'une part afin que la question des usages de substances psychoactives soit abordée dans une approche de promotion de la santé plus large, et d'autre part afin que les changements d'attitudes, de connaissances et de comportements visés au niveau individuel soient considérés comme un axe stratégique parmi d'autres.

Les pairs doivent être recrutés directement au niveau du public ciblé par l'intervention (e.g. festivaliers, milieu festif underground, milieu étudiant). Ils doivent être spontanément identifiés comme des pairs par le public cible, et doivent être perçus comme des expert-es des matières abordées. La mobilisation des pairs dans les projets n'est bien évidemment pas limitée à la seule RDR en milieu festif.

TESTING ET ALERTES PRÉCOCES

Autre opportunité d'entrer en relation avec l'utilisateur, le testing permet d'identifier les composants d'un produit et ainsi d'en connaître la nature. En Belgique, le testing (ou drug checking) est proposé par Modus Vivendi via plusieurs permanences itinérantes à Bruxelles ainsi que dans certains festivals. L'objectif est de proposer des outils d'analyse permettant d'appréhender la composition de produits amenés par l'utilisateur, tout en engageant la discussion autour de sa consommation et des risques associés, afin de le sensibiliser et le conseiller. Il peut s'agir d'un test présomptif colorimétrique (e.g. test de Marquis) ou d'un test de chromatographie sur couche mince (CCM), plus précis. Depuis 2019, Modus Vivendi utilise également la spectroscopie infrarouge en testing mobile. En cas de résultats insuffisants ou de souhait de quantification, le test en laboratoire peut être envisagé mais il ne permet pas un feedback instantané. Pour pallier à ce manque d'instantanéité, le dispositif a été complété en 2024 par le spectromètre UV-Vis, permettant de quantifier certains produits analysés (e.g. MDMA, 2C-B) de manière relativement rapide et sans avoir à passer par un laboratoire.

Dans d'autres pays, la formule privilégiée est l'envoi anonyme d'un produit en laboratoire et la mise en ligne publique des résultats. Plusieurs projets de testing européens développent aussi des actions localisées hors du milieu festif, pour des publics ne le fréquentant pas (encore), ce qui permet de déployer des interventions précoces autour des questions assuétudées.

Les tests réalisés dans les pays de l'Union Européenne nourrissent le système d'EWS (Early Warning System, ou Système d'Alertes Précoces), qui sert à détecter l'apparition de produits hautement dosés ou de nouveaux produits, à en évaluer la dangerosité et à en informer plus largement la communauté des usagers et les intervenants de terrain. En Belgique francophone, les alertes sont diffusées par Eurotox via une mailing liste, ainsi que via l'appli Know Drugs et le compte Instagram du projet TRIP de Modus Vivendi (modustrip).

LABELS ET CHARTES POUR UNE VIE NOCTURNE DE QUALITÉ

Les labels et les chartes sont des outils servant à implémenter de manière permanente des services de RDR par un partenariat entre acteurs de RDR, organisateurs d'événements et fêtards. Il s'agit de décerner à un lieu festif ou à un événement récurrent un label de qualité si certains services de RDR sont organisés : présence visible de matériel de promotion de la santé, conditions environnementales adéquates (accès à l'eau, bouchons d'oreilles, ventilation, verres en polycarbonate, facilitation du retour à domicile...), formation du personnel de l'événement à gérer efficacement les risques (premiers secours, gestion de l'agressivité verbale...) et à relayer rapidement un besoin de prise en charge. La mise en place de certains services est obligatoire pour l'obtention du label, tandis que d'autres sont encouragés mais restent facultatifs. En Belgique, les outils de communication du lieu ou de l'événement labellisé Quality

Nights avertissent l'utilisateur des services disponibles, notamment par le biais de pictogrammes clairs.

Le réseau bruxellois «Safe Ta Night» promeut la santé en milieux festifs (soirées, concerts, festivals, événements...). Les associations membres accompagnent et sensibilisent les fêtard-es aux risques liés à l'alcool et autres drogues, à la sexualité et bien d'autres thématiques liées à la vie nocturne et festive. Un kit de formation est disponible gratuitement.¹⁸

VIOLENCES SEXUELLES ET CONSENTEMENT

Les agressions sexuelles ainsi que les rapports sexuels non-consentis, regrettés, ou non-protégés sont favorisés par la consommation excessive d'alcool ou de drogues. Certains effets peuvent induire d'une part le passage à l'acte chez l'agresseur, et d'autre part la baisse de vigilance par rapport aux situations à risque chez les victimes potentielles (e.g. se laisser raccompagner par un inconnu). L'ivresse peut être provoquée par des produits pris isolément ou en association, afin de faciliter l'abus sexuel, voire comme agent de soumission chimique. Dans ces conditions, le consentement est particulièrement difficile à poser, et ce même dans le cas où la consommation excessive a été intentionnelle.

Prévenir et réduire les risques liés à la consommation excessive permettrait

donc aussi de lutter contre les agressions sexuelles et les rapports sexuels regrettés ou non-protégés. La dimension «vie affective et sexuelle» est généralement abordée lors des interventions de réduction des risques en milieu festif, *a minima* via la distribution de préservatifs et de lubrifiant et à l'aide de brochures qui abordent directement cette problématique. Mais des interventions ciblent plus spécifiquement la lutte contre le harcèlement et les violences sexuelles, l'écoute et la prise en charge des personnes victimes (notamment via la formation du personnel de service, d'organisation et de sécurité), ainsi que des campagnes de sensibilisation à la notion de consentement existent également (e.g. Plan SACHA, des actions de sensibilisation de Sex&Co, les actions du collectif «Laisse les filles tranquilles»). Le projet «Safe Ta Night» se penche sur cette problématique vécue par les publics LGBTQIA+ et/ou racisés, pour lesquelles peu d'informations existent.

Il est par ailleurs important que les animations d'éducation à la vie sexuelle et affective dispensées aux garçons et filles (notamment en milieu scolaire) puissent aborder explicitement ces liens entre usage d'alcool (ou, plus généralement, de substances psychoactives), consentement, rôles genrés, vie sexuelle et violences sexuelles.

POUR EN SAVOIR PLUS

Association Française pour la Réduction des Risques. (2012). *Réduction des risques en milieux festifs: Référentiel national des interventions*. <https://a-f-r.org/referentiel-national-des-interventions-de-rdr-en-milieu-festifs-2/> ★

Centre d'Action Laïque, Eurotox, Ex Aequo, FLCPF, Femmes & Santé, Infor Drogues & Addictions, Modus Vivendi, Prospective Jeunesse, Réseau Safe Ta Night, Sex&Co. (2024). *Brochure Sexe, Drogues et Consentement*. <https://modusvivendi-be.org/publications/brochures-et-flyers/> ★

Hogge, M. (2015). Le système d'alerte précoce sur les drogues: Un outil de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues. *Louvain Médical*, 134(5). ★

Modus Vivendi. (2016). *Guide pratique pour aider à l'implantation d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant*. <https://modusvivendi-be.org/brochure/guide-pratique-pour-limplantation-dun-projet-de-rdr-lies-a-lalcool-en-milieu-etudiant/> ★

Newip. (n.d.). *Newip good practices standards*:
- 10 things you should know for implementing a safer nightlife label ★
- Drug checking services ★
- Peer interventions in nightlife settings ★
- Safer nightlife labels and charters ★
- Serious games in nightlife settings ★

Quality Nights. (2016). *Quality Nights : Label de bien-être en milieu festif. Guide méthodologique destiné à l'opérateur local*. ★

Sites internet

- › KEPS Mag. (n.d.). www.kepsmag.fr
- › Quality Nights. (n.d.). www.qualitynights.be
- › Modus Bibendi (n.d.). www.modus-bibendi.org
- › Plan Sacha. (n.d.). www.plansacha.be
- › Safe to Night. (n.d.). www.safetanight.be
- › Sex and Co. (n.d.). www.planningfamilial.net/thematiques/le-projet-sexco/mission/

18 <https://www.safetanight.be/kit-de-formation/>

RDR EN MILIEU DE RUE

La rue est un lieu de consommation récurrent ou ponctuel pour de nombreux usagers de drogues. Tandis que certains s'y rendent pour cacher leur consommation à leur entourage, elle est aussi le lieu de vie, transitoire ou habituel, de personnes en grande précarité (économique, sociale et/ou psychologique). La rue est aussi un lieu où la consommation de drogues peut faciliter la (sur)vie : dormir plus profondément ou au contraire éviter l'endormissement, moins souffrir des conditions climatiques et de l'inconfort, s'évader mentalement de la condition de sans-abri, anesthésier les besoins du corps, etc.

Les risques inhérents à ce milieu découlent des produits en circulation (toxicité, impureté), de son environnement (insalubrité, peur du regard social, présence policière) et des modes de consommation qui s'y pratiquent (en particulier polyconsommation, inhalation ou injection). En effet, l'inhalation de fumée, par l'accumulation de particules dans les poumons, accroît les risques d'expectorations sanglantes, de détresse pulmonaire, d'embolie, d'œdème et de cancers. Les séquences de préparation du crack, le matériel et son partage favorisent la transmission d'agents infectieux, en particulier de l'hépatite C. L'injection, quant à elle, reste un acte invasif,

requérant une préparation médicale, une antiseptie cutanée, une utilisation adéquate du matériel de préparation et de consommation du produit, et des conditions environnementales saines, forcément impossibles à rencontrer pour les habitants de la rue. La rapidité d'absorption du produit augmente le risque d'overdose, tandis que des injections répétées et à des endroits fragiles du corps détériorent le capital veineux jusqu'à une insuffisance veineuse chronique, et provoquent des lésions dermatologiques. Le manque d'hygiène et le matériel contaminé peuvent engendrer chez l'usager des infections virales (hépatite B, hépatite C, VIH), des pathologies fongiques, bactériennes, inflammatoires, des lésions vasculaires et des infections dentaires (abcès, syndrome de Popeye, septicémie par exemple). Des risques proviennent également de la nature du produit, de la quantité et de la fréquence de la consommation. Ils peuvent être d'ordre cardiovasculaire, psychique, respiratoire ou neurologique. Enfin, le stress engendré par la présence de passants ou par les risques judiciaires pousse l'usager à exécuter une injection rapide et négligée.

Face à ces risques cumulés, la RDR en milieu de rue doit viser à offrir une démarche globale d'accès au *prendre soin*, qui associe aux actions centrées sur

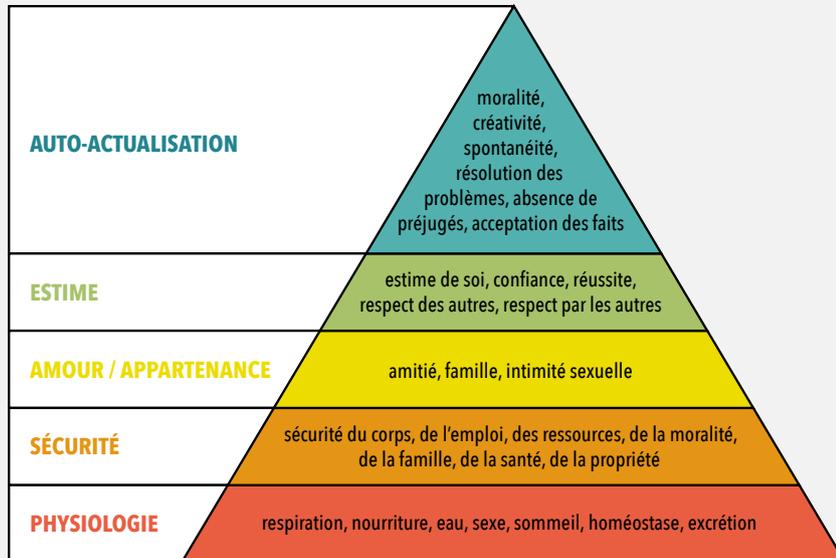
l'usage et le produit, des tests médicaux, l'accès à la vaccination, aux soins infirmiers, mais aussi des interventions psychosociales, la mise en contact de la personne avec des dispositifs et prises en charge complémentaires actifs autour du sans-abrisme, des soins de bien être, et la défense des droits des usagers (e.g. infirmiers de rue, médecins du monde, services de repas et d'aide alimentaire). L'accompagnement des usagers dans l'initiation de certaines démarches est souvent nécessaire, en raison de leur mode de vie parfois chaotique, de la difficulté que certaines éprouvent à réaliser des démarches administratives, d'une mauvaise connaissance des dispositifs associatifs, d'une non-maîtrise de la langue, etc. Privilégier une approche holistique permet d'améliorer globalement le cadre de vie de l'usager et de le mettre en situation de mieux gérer sa consommation et de diminuer les nombreux risques auxquels il fait face. Le dispositif RDR veille à se situer géographiquement près des lieux fréquentés par les usagers et à cartographier les services complémentaires avec lesquels des partenariats peuvent s'envisager. Il rassemble une équipe pluridisciplinaire et veille à inclure la participation des pairs.

De nombreux critères interviennent dans l'acceptabilité de la structure et

BESOINS ET FONCTIONS DE L'USAGE DE DROGUES EN RUE

Dans les années 1940, Abraham Maslow a travaillé sur la motivation humaine, travail duquel il a extrait sa représentation pyramidale de la «hiérarchie des besoins». Maslow identifie cinq (groupes de) besoins fondamentaux : les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance et d'amour, les besoins d'estime et le besoin d'accomplissement de soi. Chaque besoin est permanent, mais ils sont hiérarchisés, de sorte que la non-réalisation des besoins inférieurs rend difficile l'accomplissement des besoins supérieurs.

Cette pyramide des besoins de Maslow est fondamentale afin de prendre en compte les besoins vécus, entre autres, par les usagers de drogues qui vivent en rue, dont les conditions de vie rendent compliquée la réalisation de leurs besoins fondamentaux (physiologiques et de sécurité), ce qui complique encore plus la poursuite des besoins supérieurs. L'usage de drogues peut ainsi être mobilisé par les usagers pour, par exemple, atténuer l'expression des besoins physiologiques non comblés, mais également pour anesthésier la souffrance engendrée par la non-réalisation des besoins supérieurs. Il paraît donc indispensable de considérer l'usage de substances psychotropes lors d'un travail avec le public de rue, en prenant en compte les fonctions que les produits peuvent remplir dans le quotidien des usagers.



A3nm. (n.d.). *Travail personnel* [Illustration]. Wikimedia Commons. <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=91140246>

du matériel par les usagers : un accès facile, des horaires en compatibilité avec leur mode de vie, un matériel maniable facilement et correspondant à leurs attentes, une disponibilité bienveillante de la part du personnel, le respect des préoccupations que les usagers amènent. La prise en considération de l'hétérogénéité des usages et des usagers et la personnalisation des programmes sont des leviers importants non seulement pour atteindre un large public, mais aussi pour le fidéliser : en effet, les usagers ne sont pas attentifs pareillement à leur santé et ont des besoins différenciés en temps d'adaptation, en matériel, en suivi. L'éthique d'accueil est également importante : l'attitude professionnelle développée doit trouver un équilibre entre le respect des limites du travailleur et celui des besoins de l'utilisateur. Aussi, la formation continue et la supervision des travailleurs sont primordiales pour le bon maintien du projet. Enfin, le traitement du matériel usagé, source potentielle de contamination, nécessite l'intégration de stratégies d'élimination des déchets biomédicaux.

NOUVELLES PRATIQUES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

Les dispositifs d'accueil et d'accompagnement des usagers proposent un accueil et du conseil, individualisés et/ou en groupes, dans le but d'assurer l'accès aux soins de santé aux usagers de drogues. Ils peuvent comprendre une aide à l'hygiène, l'accès aux premiers secours, le dépistage du VIH, du VHC et des autres maladies infectieuses. Ils peuvent aussi distribuer du matériel de premiers soins et orienter l'utilisateur vers d'autres structures socio-sanitaires en fonction de ses besoins.

De nouvelles approches émergent, sous la forme notamment de centres intégrés, voués à concentrer en un même lieu une pluralité de services. Parmi les usagers de drogues, les plus précarisés peuvent cumuler des problématiques relevant de la santé mentale, de la santé physique et de la marginalisation sociale. Souvent, leurs besoins multiples et complexes dépassent largement les cadres d'un seul service. La méconnaissance du réseau ou de leurs droits, ou une accessibilité spatiale ou institutionnelle trop difficile, induisent aussi du non recours (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, 2024). Les centres social-santé intégrés (CSSI) visent à répondre à cette problématique, en adjoignant en un même lieu, des dispositifs complémentaires et largement à bas seuil d'accès.

UNE BONNE PRATIQUE DE MONITORING DU VHC ET DU VIH : LE RÉSEAU COBATEST

Le monitoring de la séroprévalence, du profil des bénéficiaires, et des comportements à risque associés est indispensable pour mener des politiques publiques et des actions locales efficaces en matière de prévention et de traitement des maladies infectieuses. Actuellement, ce type de données est insuffisamment collecté dans le cas du VHC. Le réseau Cobatest met à disposition gratuitement un outil permettant aux institutions de terrain d'encoder et rapporter les résultats de leurs programmes de dépistage des maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB, Syphilis) à l'aide d'un outil commun, disponible en plusieurs langues, dont le français. Des publications et rapports annuels sont réalisés sur base de ces données. Actuellement, environ 13 services belges participent à ce réseau.

> <https://cobatest.org/en/>

HÉPATITE C (VHC) ET USAGE DE DROGUES

La prévalence mondiale du VHC parmi les UDI est estimée à 50 %¹⁹. En Belgique, dans la population générale, la prévalence du contact avec le VHC a récemment été estimée à 0,22 % (IC 95 % : 0,09 %-0,54 %), et la prévalence de l'hépatite C chronique à 0,12 % (IC 95 % : 0,03 %-0,41 %), sur base de plus de 3.000 échantillons de sang collectés sur tout le territoire par les 28 laboratoires vigies (Litzroth *et al.*, 2019²⁰). Une étude de séroprévalence menée par Sciensano en 2019 auprès d'un échantillon de 168 UDI recrutés en Région bruxelloise par une méthode d'échantillonnage par les pairs (voir Van Baelen, Plettinckx, Antoine & Gremeaux, 2020²¹) évaluait la prévalence de l'hépatite C chez les injecteur-rices à 43,7 % (95 % IC : 30,6-56,8 %), à savoir un niveau de prévalence équivalent à celui estimé précédemment au niveau national. Cette étude mettait aussi en évidence que 35,1 % des UDI n'avaient jamais été dépistés pour le VHC auparavant. Une autre étude de Sciensano mettait quant à elle en évidence que seulement 61,1 % des patient-es en traitement en Belgique pour un usage problématique de drogues sur la période 2011-2014 avait déjà été dépistés au moins une fois pour le VHC sur une période de 8 ans, à savoir entre 2008 et 2015 (voir Van Baelen, Antoine, De Ridder, Muyldermans & Gremeaux, 2019²²).

Une contamination au VHC peut aussi se produire en cas de partage du matériel d'inhalation, en particulier chez les consommateur-rices de crack, souvent sujets aux lésions bucco-labiales (e.g. Macías *et al.*, 2008²³), d'où l'intérêt de la mise à disposition de matériel d'inhalation stérile. La prévalence de l'infection dans cette population n'a toutefois, à notre connaissance, jamais été estimée en Belgique.

-
- 19 Artenie, A., *et al.* (2023). Incidence of HIV and hepatitis C virus among people who inject drugs, and association with age and sex or gender: A global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 8(6), 533-552. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(23\)00018-3](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00018-3) ★
 - 20 Litzroth, A., Suin, V., Wyndham-Thomas, C., Quoilin, S., Muyldermans, G. *et al.*, (2019). Low hepatitis C prevalence in Belgium: implications for treatment reimbursement and scale up. *BMC Public Health*, 19, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6347-z> ★
 - 21 Van Baelen, L., Plettinckx, E., Antoine, J., & Gremeaux, L. (2020). Prevalence of HCV among people who inject drugs in Brussels-a respondent-driven sampling survey. *Harm Reduction Journal*, 17(1):11. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00358-3> ★
 - 22 Van Baelen, L., Antoine, A., De Ridder, K., Muyldermans, G. & Gremeaux, L. (2019). Diagnostic hepatitis C testing of people in treatment for substance use disorders in Belgium between 2011 and 2014: a cross-sectional study. *Acta Gastroenterologica Belgica*, 82, 35-42.
 - 23 Macías, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargasa, J., Vergara, *et al.*, (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International*, 28, 781-786. <https://doi.org/10.1111/j.1478-3231.2008.01688.x>

L'idée d'intégration de dispositifs de soins et de services sociaux est largement répandue de par le monde, notamment au Québec, et est fortement soutenue par des instances internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (2016). Néanmoins, la démarche communautaire de ces bonnes pratiques étrangères est souvent dédiée à une population locale : c'est donc un territoire déterminé qui définit la population bénéficiaire, en ce qu'elle y habite ou éventuellement le fréquente. À Bruxelles par contre, les initiatives prises s'adressent en particulier aux publics précaires, éventuellement en actionnant la dimension locale et en s'inscrivant dans des quartiers paupérisés, mais éventuellement aussi en s'adressant, au niveau plus large de la région, à un public spécifique tel que celui des usagers de drogues. Outre des lieux fixes, l'*outreach*, effectué par des travailleurs de rue (personnel soignant, travailleurs sociaux), permet d'aller à la

Un collectif bruxellois a développé des **fiches assuétudes** proposant différentes ressources pour les professionnels de première ligne non spécialisés ou qui connaissent mal le secteur bruxellois.

Elles sont disponibles à l'adresse <https://eurotox.org/2023/09/13/fiche-assuetudes-ressources-pour-professionnel-les-de-sante-a-bruxelles/>.

Une version actualisée et affichable du répertoire est aussi disponible sur le site de la Fédax Bxl (<https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2023/09/AFFICHE-ADDICTIONS-octobre-2024-version-finale.pdf>).

Les affiches sont aussi disponibles gratuitement dans les locaux de la Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale.

rencontre des usagers de rue dans leur environnement. Ce type de dispositif peut également jouer un rôle dans l'information sur le droit aux soins de santé, le soutien à la remise en ordre administrative (en particulier pour la couverture sociale), la recherche de logement, et contribuer à la médiation sociale concernant les nuisances liées à l'usage de drogues au sein du quartier.

En matière de RDR alcool, certains services à bas seuil d'accès autorisent la consommation de boissons alcoolisées, voire fournissent gratuitement celles-ci aux bénéficiaires ayant développé une alcool-dépendance, dans une stratégie de gestion supervisée des consommations. L'objectif poursuivi est triple: éviter l'alternance entre les épisodes de sevrage et les épisodes de surconsommation en permettant aux personnes de rester dans leur zone de confort d'imprégnation alcoolique, éduquer les bénéficiaires à la gestion de leur consommation, et améliorer la rétention dans la structure d'aide et d'accompagnement. Ce type d'approche est novateur car une consommation active constitue souvent un motif d'exclusion des services d'aide destinés aux personnes précarisées (hébergement, abris de jour, services sociaux...).

SUPPORT PAR LES PAIRS

Le principe est sensiblement le même que celui évoqué dans la partie «2.1. RDR en milieu festif». La formation inclut les risques et la prévention liée à l'injection, et une explication du matériel stérile et des avantages concrets de la RDR. De multiples ressources peuvent être mobilisées :

théorie sociale cognitive, action raisonnée, modèle de changement transthéorique, apprentissage social, dissonance cognitive, rappel des règles et des normes sociales. L'implication des pairs dans les dispositifs de RDR peut par ailleurs se décliner de diverses manières : auto-support, choisir les thématiques des réunions, prestations rémunérées comme la distribution de matériel de promotion de la RDR mais aussi nettoyer les abords du centre, réaliser de petits entretiens de nettoyage, de bricolage ou de jardinage.

Une équipe du SMES-B est spécialisée dans le soutien à l'intégration de la pair-aidance dans les structures social-santé en Wallonie et à Bruxelles :

> <https://smes.be/fr/support/peer-and-team-support-pat/>

DISPOSITIF D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION ET D'INHALATION

Le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection et d'inhalation est axé sur la distribution et la récupération de matériel de RDR, et en particulier du matériel d'injection et d'inhalation stérile. Ce matériel peut être fourni sous forme de kits ou en vrac afin d'adapter l'offre aux besoins des usagers, à leurs modes de vie et à leur état de santé²⁴, en distributeurs

24 En Belgique, le Stérifix est le kit d'injection disponible en pharmacie depuis 1998. Le matériel distribué par les acteurs de terrain est plus varié (par exemple, matériel pour les usagers de crack).

PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

Recommandation OMS : 200 seringues/usager/an

Type	Forces	Inconvénients
Site fixe	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuité • Non jugement • Information et offre d'autres services sur le site • Accueil de plusieurs UDI* à la fois • Interaction approfondie UDI-personnel • Dispositif pour déchets 	<ul style="list-style-type: none"> • Heures limitées • Localisation limitée • Surpeuplement possible • Perception négative par certains usagers (trop médicale, gouvernementale, destinée à un public précaire/séropositif) • Peur d'une surveillance policière autour du site • Protestation des riverains
Outreach (Site/équipe mobiles)	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuité • Non jugement • Localisation multiple • Atteinte d'usagers à haut risque • Dispositif pour déchets • Adaptation au changement (nouvelles scènes, nouveaux groupes) • Médiation sociale dans le quartier 	<ul style="list-style-type: none"> • Espace disponible restreint • Coût et maintenance du véhicule éventuel • Protestation des riverains
Outreach par les pairs (interdit en Belgique)	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des produits, des usages et du milieu • Crédibilité auprès des usagers, voire rôle de modèles • Empathie et non jugement • Atteinte des usagers durs d'accès • Accessibilité renforcée <p>POUR LES PAIRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement significatif dans la RDR • Développement des compétences, de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité • Accès à un revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût de la formation et de la supervision des pairs • Conflit d'identité entre le travailleur et l'utilisateur • Offre de services réduite en fonction des compétences des pairs • Rares cas de revente du matériel
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> • Heures d'ouverture étendues • Très bonne couverture géographique (y compris en milieu rural) • Accès moins stigmatisant que la structure spécialisée • Atteinte d'usagers qui ne fréquentent pas les sites fixes ni mobiles • Pas de surveillance policière 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-gratuité et, selon les officines, application d'un échange strict • Limitation du matériel proposé ainsi que des services généraux de RDR • Manque d'intimité pour l'échange de matériel et d'information • Réticence et préjugés du personnel • Manque de formation du personnel aux attitudes envers les UDI, décourageant les usagers • Manque possible d'espace de stock du matériel
Visite à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuité • Atteinte d'usagers à mobilité réduite ou peu proactifs vis-à-vis de la RDR • Non jugement 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité du personnel • Potentiellement intrusif pour l'UDI
Distributeur automatique (« borne »)	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibles 24h/24 en différents endroits • Facilité d'emploi • Personnel limité • Atteinte de groupes qui ne fréquentent pas les programmes • Anonymat et vie privée préservés vis-à-vis du personnel de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'offre de services de RDR • Anonymat difficile à maintenir dans l'espace public • Problèmes opérationnels possibles (problèmes techniques, détérioration du matériel, machines vides)
Envoi postal	<ul style="list-style-type: none"> • Voir «2.5. RDR en milieu virtuel» 	

automatiques («bornes»), par voie postale, par des équipes d'*outreach* ou dans divers lieux socio-sanitaires tels que des pharmacies et des services spécialisés. Les kits contiennent généralement des seringues (et des aiguilles si la seringue est non-sertie), de préférence à faible volume mort, pour les injecteurs ; une pipe, un tube, et des embouts pour les inhalateurs. Ils sont complétés par un matériel variable selon les pays, en fonction des coutumes, des besoins et des budgets : champ de soins stérile, cups ou cuillères stériles, lingettes antiseptiques ou tampons alcoolisés, tampons secs, filtres, diluant acide, fioles d'eau, garrot, lames, préservatifs.

La distribution de matériel est souvent l'occasion de créer avec la personne consommatrice de drogues un dialogue autour de la santé et de ses préoccupations, l'objectif étant aussi de lui permettre d'intégrer peu à peu des informations et connaissances nécessaires à la réduction des comportements à risque et à l'amélioration générale de son état de santé. Pour optimiser le service et implanter durablement la RDR, l'information et la formation du public concerné, ainsi qu'un travail sur les changements de comportements, visent à l'appropriation et à la perpétuation de bonnes pratiques de réduction de risques par les consommateurs de drogues eux-mêmes.

Quant à la récupération de matériel usagé, elle s'organise suivant divers canaux tels que la mise à disposition de conteneurs et de bornes, ou auprès de divers services sanitaires. Certaines actions de récupération s'organisent avec des volontaires, accentuant par là-même la conscientisation des personnes consommatrices de

drogues, par rapport à la nécessité de ne pas abandonner du matériel usagé dans l'espace public. Une problématique persiste, en l'occurrence le risque d'interpellation judiciaire lorsque la personne porte sur elle du matériel usagé.

LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (SCMR)

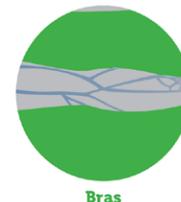
Autorisées dans douze pays européens (dont la Belgique), ainsi qu'au Canada, aux USA, au Mexique, en Colombie, en Australie et au Sierra Leone (Harm Reduction International, 2024), les SCMR sont des lieux d'accueil, principalement en milieu urbain, destinés à offrir aux publics précarisés un environnement de consommation sécurisé et supervisé. Selon les modèles et les spécificités locales, la SCMR est souvent divisée en différents espaces : l'accueil, la salle d'attente, l'espace d'injection ou d'inhalation, une salle de soin et une salle de repos / détente. L'accueil est anonyme, les règles du lieu sont précisées (délai minimal entre deux consommations, pas de deal, pas de violence, ...). À noter que le décret bruxellois intègre le testing dans les SCMR, afin de lutter contre les risques d'overdose.

Créer une atmosphère calme dans un milieu mouvementé n'est pas simple : une grande attention à la construction de liens entre le personnel et les bénéficiaires, ainsi que l'inclusion de ces derniers

dans le programme, notamment comme pair médiateur, y contribue. L'espace d'injection contient une ou plusieurs tablette(s) privative(s), du matériel stérile et un container pour les déchets. L'espace d'inhalation est muni d'un extracteur de fumée et d'un dispositif vitré qui permet la communication entre le personnel et les utilisateurs ainsi que la surveillance des actes qui s'y déroulent. Précisons que les intervenants supervisent mais ne participent pas à l'acte de consommation. Le personnel est formé aux premiers

7. Cherchez un point d'injection

😊 **Bras** : veines visibles et facilement accessibles.



Ces endroits sont à éviter :

- 😊 Le sang doit remonter vers le cœur. Si les veines sont abîmées le sang remonte difficilement (douleur, gonflement, ...).
- 😊 Les veines se bouchent facilement. Dans certaines zones, les infections s'aggravent facilement (les tendons, par exemple).



Dos de la main et doigts



Creux du genou



Chevilles



Vous injectez régulièrement ?

Alternez toujours entre 4 points d'injection.

SHOOTER PROPRE

24

EXTRAIT DE LA BROCHURE
 «SHOOTER PROPRE. COMPRENDRE, C'EST AGIR»
 DE MODUS VIVENDI

secours, au protocole d'accident d'exposition au sang, et au traitement des urgences, en particulier l'overdose. La SCMR est une porte d'entrée vers une approche RDR globale et une trajectoire de soins : elle sert à stabiliser l'état de santé, à informer et à diriger vers des structures sanitaires ou vers des services sociaux. Elle s'inscrit dans une démarche d'accompagnement psychomédicosocial et de relation d'aide.

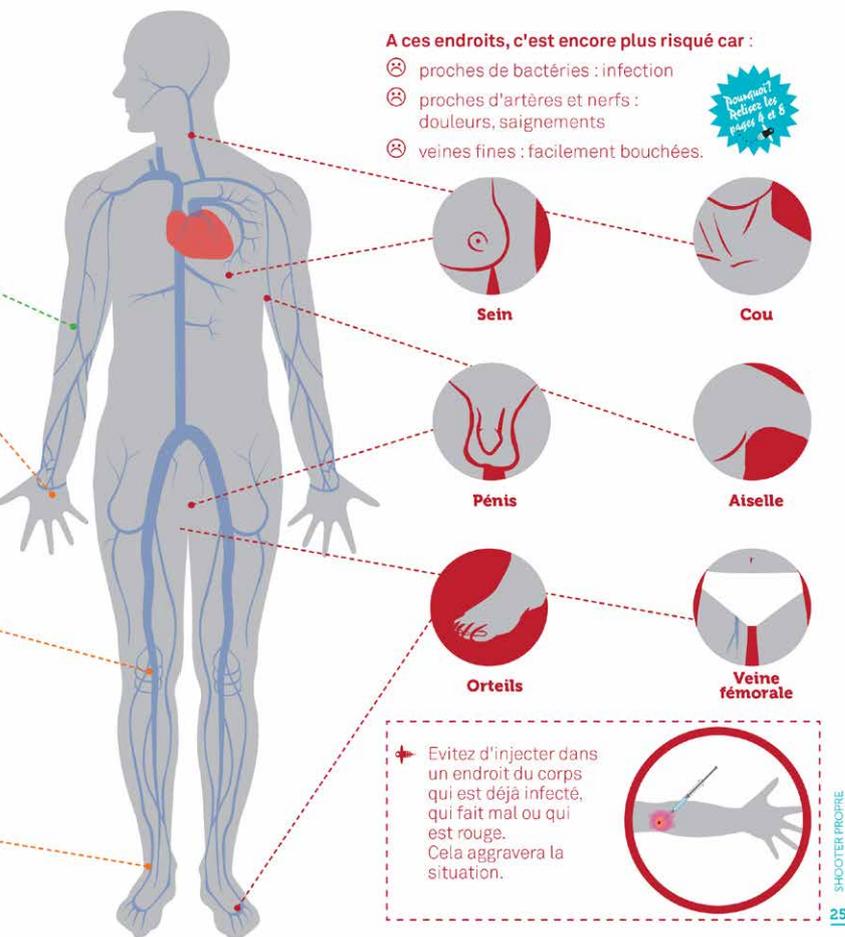
LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO) OU TRAITEMENT AGONISTE OPIOÏDE (TAO)

Le traitement de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine) est déjà bien connu en Belgique. Mais dans ses principes directeurs pour les législations et les réglementations concernant les «Traitements agonistes opioïdes», le Groupe Pompidou (Groupe de coopération en

matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants, émanant du Conseil de l'Europe) souligne que «la nécessité de revoir les terminologies et d'utiliser un vocabulaire précis, neutre et respectueux des personnes est apparue comme un prérequis. L'utilisation largement répandue du terme "substitution" est problématique. Ce dernier induit une ambiguïté sur la nature et les effets des médicaments opioïdes prescrits. Le groupe d'experts recommande de remplacer ce terme par ceux de "médicament agoniste opioïde" et de "traitement agoniste opioïde".»²⁵

En Belgique, le traitement agoniste opioïde est encadré par la Loi du 22 août 2002, référant encore au terme de «substitution»²⁶. Dans ce document, nous référerons au traitement agoniste opioïde et à son acronyme TAO.

Ce traitement agoniste opioïde consiste en une prescription médicale de produits pharmaceutiques proches de l'héroïne (méthadone, buprénorphine), administrés par voie orale (pour la méthadone), ou par voie sublinguale ou sous-cutanée (pour la buprénorphine : Subutex ou Suboxone pour le sublingual ; Buvidal pour le sous-cutané, qui permet d'administrer le produit sous forme de gel à libération prolongée). Idéalement couplé à une relation thérapeutique sur le long terme et à une



²⁵ Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe. (2018). *Principes directeurs pour la révision des législations et réglementations : Groupe d'experts relatif aux conditions-cadres des traitements du syndrome de dépendance*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22102.22087> ★

²⁶ Belgique. (2002). *Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution du 22 août 2002*. Moniteur Belge. https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-22-aout-2002_n2002022738 ★

approche de soins globale, il est considéré comme pratique de RDR car la délivrance légale, l'administration par voie orale et un dosage adapté diminuent les risques habituels de la consommation d'opiacés illicites. Par ailleurs, face à l'état chronique de l'addiction aux opiacés, il a été démontré que le TAO est plus sollicité et plus efficace quand il s'envisage dans la longue durée plutôt que comme une porte de sortie rapide de la consommation, où la rechute est rapide (OMS, UNODC, UNAIDS, 2004).

Les propriétés des TAO favorisent une maîtrise de la consommation, voire son arrêt, et améliorent la qualité et l'espérance de vie des usagers. Il est particulièrement indiqué chez les personnes qui souhaitent modifier leur consommation ou qui rencontrent une situation particulière à gérer (grossesse, détention, maladie, perte de revenus). Le TAO doit inclure un diagnostic, une évaluation de la trajectoire et de l'état de santé de l'usager, un protocole personnalisé de soins, dont

L'INTÉRÊT DE LA BUPRÉNORPHINE À LIBÉRATION PROLONGÉE

Les solutions injectables à libération prolongée (e.g. Buvidal) visent à espacer les prises, dans le but d'améliorer le confort du patient et la compliance au traitement, tout en réduisant les risques de surdosage et d'accidents (consommation par un tiers), ainsi que la stigmatisation et le risque d'ennuis judiciaires, par exemple en cas de voyage à l'étranger. La solution est administrée de manière sous-cutanée par un médecin ou une infirmière, une fois par semaine ou une fois par mois. La solution est commercialisée avec différents dosages.

L'adaptation du traitement aux comorbidités somatiques, psychiatriques, et à l'interaction avec d'autres substances. Les médicaments prescrits restant des produits à risque, une information des usagers et le repérage des mésusages doivent être pris en compte et le consentement éclairé de l'usager est nécessaire. Des gélules de méthadone sont régulièrement mises en vente au marché noir, ce qui n'est pas sans risque vu les différences de dosage possibles. Afin de réduire le risque de surdosage accidentel, certaines associations ont développé un partenariat avec des pharmacies afin de proposer gélules de différentes couleurs en fonction du dosage, afin de faciliter l'identification du dosage des gélules en cas de circulation au marché noir²⁷. Dans certains pays, un colorant est également ajouté au sirop de méthadone pour éviter toute confusion sur le dosage. À notre connaissance, ce type d'initiatives n'a pas encore été évalué.

ACCÈS À LA NALOXONE

La naloxone est un antagoniste qui permet d'interrompre l'action des opiacés en cas d'overdose, de manière à en juguler les symptômes potentiellement mortels (dépression respiratoire, perte de conscience). Elle est habituellement utilisée dans les services d'urgence, mais le programme d'accès vise à étendre son emploi en dehors des structures hospitalières, afin de maintenir la personne en vie en attendant l'ambulance (une surveillance médicale reste indispensable

jusqu'au rétablissement complet de la personne, car la naloxone a une durée d'action limitée). Son administration est sans danger, même si la personne n'est pas en surdosage d'opiacés.

Malgré la pertinence prouvée scientifiquement du «take-home naloxone» (EUDA, 2016), l'avis positif conjoint des Académies de Médecine francophone et néerlandophone (2022) et celui du Conseil Supérieur de la Santé (2022) ainsi que de l'INAMI, et l'adoption d'une résolution au Sénat et d'un décret au Parlement Francophone bruxellois (2023) visant sa mise à disposition, la naloxone reste actuellement indisponible en Belgique²⁸. À l'heure de rédiger ces lignes, le décret voté au parlement bruxellois francophone nécessitait encore la publication, par le Collège, de l'arrêté portant sur la «liste des dispositifs médicaux et médicaments nécessaires à la mise en œuvre de la mission de réduction des risques ou de salle de consommation à moindre risque par les services actifs en matière de drogues et addictions agréés par la COCOF». Plus fondamentalement, les usagers de drogues et les acteurs concernés pourraient être confrontés à un problème d'approvisionnement car, en septembre 2024, les firmes pharmaceutiques concernées par la naloxone en spray n'avaient pas encore fait de demande d'autorisation pour le marché belge. La mise à disposition de la naloxone aux usagers d'opiacés, à leur entourage (partenaires,

27 https://usercontent.one/wp/www.calluxembourg.be/wp-content/uploads/2024/03/Depliant-La-methadone-pas-si-anodin_web.pdf

28 Actuellement, l'accès à la naloxone pour les usagers est limité à la prescription médicale de la solution injectable aux usagers considérés «à risques». Ce système restreint le nombre de personnes pouvant bénéficier de la naloxone ou pouvant intervenir en cas d'overdose.

CRACK: ÉTAT DES LIEUX ET BONNES PRATIQUES

Parmi les drogues fortement consommées en rue, le crack a récemment pris une place prépondérante. Le crack est souvent confondu avec la freebase : tous deux consistent en le produit de l'extraction de l'hydrochloride à partir de la cocaïne en poudre, afin d'en permettre l'inhalation le plus souvent à l'aide d'une pipe. Mais alors que la cocaïne freebase s'obtient par l'usage d'ammoniaque, c'est du bicarbonate de soude qui est utilisé pour le crack. Dans les faits, ces produits sont similaires au niveau de leurs modes de consommation et effets, d'où l'appellation crack pour les désigner indistinctement. La consommation de crack n'est pas nouvelle en Belgique, mais elle est longtemps restée marginale, et les usagers avaient pour habitude de produire leur propre crack. Si cette pratique existe toujours chez les consommateurs, le marché de rue prévoit désormais la vente de «caillou» prêts à la consommation et relativement peu coûteux, ce qui peut faciliter les primo-consommations chez les personnes précarisées en contact avec le marché de rue. En effet, la cocaïne sous forme de crack est aujourd'hui devenue le produit le plus consommé, parmi le public en grande difficulté socio-économique.

Le crack présente divers risques liés à sa consommation, dont celui de l'interaction avec d'autres substances. En termes d'infections, le risque prédominant en ce qui concerne le crack est la contamination au VHC, en cas de partage de matériel d'inhalation, le produit chauffé induisant de fréquentes lésions buccolabiales. Les bonnes pratiques en matière de réduction des risques consistent donc en la mise à disposition de pipes à crack et d'embouts interchangeables, afin de contrer le partage de matériel d'inhalation, soit en services spécialisés soit en bornes. Enfin, il faut relever que le processus de production de crack, à l'aide de bicarbonate de soude, est intrinsèquement moins risqué que celui de freebase. C'est pourquoi la mise à disposition de bicarbonate de soude et de brochures explicatives sur le basage est également privilégiée afin de prévenir l'utilisation d'ammoniaque.

Le crack a aussi tendance à favoriser les consommations compulsives en raison d'effets intenses mais de courtes durées. Cette consommation compulsive est facilitée par le coût d'acquisition relativement bas des cailloux vendus à la pièce (5 à 10 euros). Il a aussi tendance à entraîner des troubles du comportement en raison du sentiment de puissance et de la désinhibition qu'il induit. La consommation de crack peut aussi aggraver ou déclencher des troubles de la santé mentale (troubles de l'humeur, troubles psychotiques). La prise en charge est compliquée par le fait qu'il n'existe pas actuellement de traitement de substitution pour ce produit. En raison des multiples vulnérabilités des usagers de crack (sur le plan somatique, psychologique et socio-économique), il est souvent nécessaire de mettre en place un travail multidisciplinaire et en réseau.

colocataires, famille et amis proches), ainsi qu'aux intervenants de terrain (travailleurs sociaux, pairs, gardiens de prison, policiers, pompiers) est pourtant une stratégie de RDR pertinente, dans la mesure où les overdoses sont fréquentes, en particulier dans certaines situations (polyconsommation, fragilités sanitaires, période d'abstinence prolongée suite à un traitement, une incarcération, etc.).

L'administration peut être réalisée par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée et intranasale, en fonction des formules disponibles (ampoules, seringues pré-remplies, spray nasal), du contexte local et des compétences des témoins. Outre la délivrance du produit, ce type de programme propose le programme Take-Home Naloxone²⁹ qui consiste en un entraînement, en groupe ou individuel, à la reconnaissance des signes d'overdose, aux réactions adaptées, à la position latérale de sécurité et à l'administration de naloxone. Ce contenu doit aussi être dispensé aux équipes des centres de traitement des assuétudes, dans les dispositifs d'échange de matériel, dans les SCMR ou dans tout autre lieu susceptible d'accueillir des consommateurs actifs d'héroïne. Bien que la naloxone soit très efficace dans la prise en charge d'une surdose aux opiacés classiques (e.g. héroïne, méthadone), son efficacité est plus limitée dans la prise en charge des surdoses induites par les nouveaux opioïdes de synthèse (e.g. dérivés du fentanyl, nitazènes). Il n'existe d'ailleurs aucun guideline relatif à son administration en cas de surdose lié à l'usage de ces produits permettant de savoir quand précisément l'administrer, à quel dosage, et à quel intervalle.

.....
29 European Union Agency for Drugs and Drug Addiction. (n.d.). *Take-home naloxone: Topic overview*. https://www.euda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en ★

ACCÈS AU LOGEMENT

L'amélioration de la santé et la réduction des risques pour les usagers en milieu de rue sont fortement freinées par une réponse insuffisante aux autres besoins fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité, parmi lesquels le logement. L'accès à celui-ci est dès lors un enjeu fondamental de la RDR.

Les services de *housing* proposent aux usagers de drogues des interventions de relogement et d'accompagnement à court ou à long terme. Les projets peuvent différer par le type de logement (foyer, appartement supervisé, centre d'accueil, *Housing first*), la durée du séjour, le nombre de personnes sur un même site, le degré d'autonomie des usagers, le type d'encadrement, la mise en place d'un contrat entre l'usager et le superviseur, les services connexes (repas à domicile, soins à domicile, visite). Le programme est choisi en fonction des besoins locaux mais il veille à rendre disponibles d'autres services utiles à l'usager, aussi bien pour sa santé que pour sa réinsertion.

LE BON PLAN

L'asbl Dune a développé pour les personnes en situation précaire l'outil «Le Bon Plan», qui propose un plan et un répertoire des points d'assistance sociale et médicale de première ligne à Bruxelles. L'outil est disponible en agenda papier ainsi que sous la forme d'une application interactive pour téléphone mobile, également déployée sur les bornes interactives des stations de métro bruxelloises. Une version papier et numérique a également été développée à Charleroi, à l'initiative du plan de cohésion sociale de la ville.

- > <https://dune-asbl.be/le-bon-plan/>
- > <https://www.charleroi.be/vivre/sante/acces-a-la-sante#660354-les-cartes-le-bon-plan-carolo-et-lapplication-le-bon-plan>

Afin de prévenir le retour à la rue, une attention particulière est consacrée au choix d'un environnement sécurisant (hors des zones de deal, par exemple), à l'identification des freins éventuels au bon déroulement du projet (abus de drogues, comportements antisociaux, arriérés locatifs) et aux réponses à y apporter. Donner la parole à l'usager sur ses attentes, l'impliquer et l'accompagner par un travail de réassurance dans le choix de son lieu de vie et dans la réalisation du projet lui permet d'augmenter sa satisfaction, d'améliorer la communication avec le personnel, de développer de nouvelles compétences (autonomie, estime de soi, capacité à habiter chez soi) et contribue à sa réinsertion.

POUR EN SAVOIR PLUS

Académie royale de Médecine de Belgique, & Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. (2022). *Avis conjoint sur l'usage de la naloxone*. https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/2022/Avis_Naloxone_NL_FR.pdf ★

Center for HIV, Hepatitis, and Addiction Training and Technology of Danya International. (n.d.). *Mobile outreach: A guide to plan and implement an outreach mobile vehicle (MOV) based risk reduction intervention program* ★

Conseil Supérieur de la Santé. (2022). *Mise à disposition de naloxone aux consommateurs d'opioïdes* (Avis n° 9695). Bruxelles : CSS. <https://www.hqr-css.be/fr/avis/9695/mise-a-disposition-de-naloxone-aux-consommateurs-dopioïdes> ★

European Harm Reduction Network. (2014). *Drugs consumption rooms in Europe: Models, best practice, and challenges*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2730.0960> ★

EUDA. (2016). *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*. https://www.euda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone_en ★

EUDA. (2023). *Drug consumption rooms*, Publications Office of the European Union <https://data.europa.eu/doi/10.2810/2574> ★

Fédération Addiction (2023). *Réduction des risques liés aux usages de cocaïne*. Paris. https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2024/10/fa_aipauc_rdr_imp.pdf

Goedemé, T., et al. (2022). *TAKE: Reducing poverty through improving the take-up of social policies* (Final Report). Brussels: Belgian Science Policy Office. https://www.researchgate.net/publication/366957546_TAKE_-_Reducing_poverty_through_improving_take_up_of_social_policies_Final_Report ★

Harm Reduction International. (2024). *The Global State of Harm Reduction 2024*. <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm-reduction-2024/> ★

RDR EN MILIEU CARCÉRAL

Modus Vivendi (2024). Nouvelles pratiques professionnelles : la Réduction des Risques alcool. Bruxelles : Actes de la journée d'étude «30 ans de Modus Vivendi – Aller jusqu'au bout du rêve». <https://modusvivendi-be.org/publications/actes-de-la-reduction-des-risques/>

Moura, J., Darragh, L., Perez Gayo, R., Jeziorska, I., & Schiffer, K. (2023). *Drug consumption rooms in Europe – Operational overview*. Amsterdam : Correlation – European Harm Reduction Network. <https://correlation-net.org/2024/07/24/drug-consumption-rooms-in-europe-operational-overview/> ★

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Needle and syringe programs*. <https://www.nice.org.uk/guidance/PH52> ★

Noël, L., & Gagnon, D. (2013). Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection. *Drogues, santé et société*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1021536ar> ★

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles. (2017). *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise*. Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune. https://www.researchgate.net/publication/365710332_Aperçus_du_non-recours_aux_droits_et_de_la_sous-protection_sociale_en_Région_bruelloise ★

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2024). *Baromètre social 2023*. Bruxelles : Vivalis.brussels. <https://www.vivalis.brussels/fr/actualites/barometre-social-2023> ★

OMS. (2016). *Soixante-neuvième Assemblée Mondiale de la Santé : Résolutions et décisions* (23-28 mai 2016). Genève. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260363/A69_2016_REC1-fr.pdf ★

OMS, UNAIDS, & UNODC. (2007). *Guide to starting and managing needle and syringe programs*. <https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf> ★

OMS, UNAIDS, & UNODC. (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-unodc-unaids-position-paper-substitution-maintenance-therapy-in-the-management-of-opioid-dependence-and-hiv-aids-prevention> ★

Strike, C., Miskovic, M., Perri, M., Xavier, J., Edgar, J., Buxton, J., Challacombe, L., Gohil, H., Hopkins, S., Leece, P., Watson, T., Zurba, N., & Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. (2021). *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens qui fournissent du matériel de réduction des méfaits aux personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé* : 2021. Toronto, ON : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. <https://www.catie.ca/fr/recommandations-de-pratiques-exemplaires-pour-les-programmes-canadiens-de-reduction-des-mefaits> ★

La comparaison de la prévalence d'usage de drogues entre la population générale et la population carcérale révèle une surreprésentation des usagers de drogues en prison. La prohibition alimente fortement le système carcéral : en Belgique, en 2018, 1/2 des détenus était incarcéré pour des faits liés aux drogues³⁰. Ces derniers combinent souvent différentes vulnérabilités : statut socio-économique peu élevé, marginalisation, confrontation à la violence, à la précarité et aux infractions graves. Les détenus usagers poursuivent une consommation antérieure à la privation de liberté, mais ont aussi été, parfois, initiés dans l'enclenche de l'établissement. L'usage en prison est encouragé par le stress qu'entraînent l'enfermement, la promiscuité et la violence carcéraux, par l'ennui découlant du déficit d'activités occupationnelles, ou encore par motif d'auto-médication.

Aux risques généraux liés aux produits, aux modes de consommation et aux contextes, déjà évoqués précédemment, il faut ajouter les conditions de vie des détenus. À l'intérieur de la prison, la surpopulation et le manque de moyens financiers restreignent l'accès à une alimentation de qualité, à l'éducation, à l'hygiène et aux soins de santé. Ils amplifient les risques inhérents à la prise de drogues, également favorisés par les tabous autour de la sexualité, des drogues et des maladies infectieuses. Par ailleurs, la consommation de substances psychoactives, interdite sans prescription médicale, est passible de sanctions

.....
30 L'avenir. (26 décembre 2019). *La moitié des détenus incarcérés pour faits de drogue*. <https://www.lavenir.net/actu/belgique/2019/12/26/la-moitie-des-detenus-incarceres-pour-faits-de-drogue-AJPXATUZSJDLRBFJFVOQWAOZM/>

disciplinaires, voire judiciaires. Dès lors, les usagers développent des stratégies pour cacher au mieux ce comportement clandestin, ce qui augmente les risques pour la santé des usagers et du personnel : conservation et partage de seringues usagées, dissimulation du matériel, rapidité de la consommation, overdose... Enfin, la sortie de prison est un moment sensible : pour diverses raisons, les rechutes et les overdoses sont fréquentes chez les personnes abstinentes ou ayant eu une faible consommation durant l'incarcération ; le fait de retrouver une plus grande facilité d'accès aux produits et la rupture des traitements fournis en prison accroît, chez l'ensemble des usagers, certains risques (overdose, polyconsommation).

Malgré ces constats et en dépit du principe d'équivalence de soins entre la prison et le milieu libre, reconnu dans la Loi de Principes du 12 janvier 2005, la privation de liberté s'accompagne trop souvent d'une privation des services en matière de santé. Alors qu'une présence continue de la RDR en prison serait souhaitable, l'information relevant de la réduction des risques n'y arrive que ponctuellement. L'échange de matériel (quel qu'il soit) est impossible et se heurte en particulier à des restrictions budgétaires, à des difficultés administratives et à la forte réticence d'une partie du personnel pénitentiaire et des pouvoirs publics. C'est surtout l'argument sécuritaire qui prend la place au détriment de l'argument sanitaire, et c'est ce auquel sont confrontés les promoteurs d'initiatives de RDR en prisons. Ce déficit d'acceptabilité, y compris dans les pays où la RDR en prison est prévue, découle à la fois du paradoxe à accepter des pratiques illégales dans le lieu symbolique de la punition judiciaire,

des représentations sociales stigmatisantes relatives aux usagers de drogue, de la culture médicale intra-carcérale, mais aussi du manque de formation sur cette question. Ces peurs portent notamment sur un détournement du matériel de RDR dans un milieu réputé violent (crainte que les seringues soient utilisées comme armes, peur d'être infecté). Pourtant, des études montrent le caractère disproportionné et souvent infondé de ces préjugés : au contraire, les risques pour le personnel diminuent (seringues non plus cachées ou abandonnées sans précaution, mais récoltées de manière sécuritaire ; dialogue plus aisé entre le personnel pénitentiaire et les détenus).

Les programmes de RDR en prison sont semblables à ceux disponibles en milieu libre, mais leur adaptation à la réalité carcérale est primordiale et fort complexe. Dans cet univers très réglementé, où les déplacements et les activités sont encadrés et contrôlés, elle demande de dégager du temps, des lieux, de tolérer du mouvement et de renforcer la discrétion et la confidentialité. Accepter ces besoins est généralement perçu comme un bouleversement par la direction, par les gardiens et par les unités médicales. Leur intégration en amont du projet est donc capitale. L'information et la formation des membres du personnel permettent aussi de modifier leurs appréhensions et de les engager comme acteurs de RDR.

Implémenter un projet de RDR en milieu carcéral requiert d'estimer les produits en circulation, les effets et les risques observés ; d'évaluer l'environnement spécifique de la prison, les services déjà disponibles et leur fonctionnement ; de

prioriser les actions avec le personnel et les usagers ; de proposer des approches combinées et intégrées impliquant à la fois du personnel pénitentiaire, psychosocial et médical. Les programmes gagnent à être adaptés à la réalité spécifique de chaque établissement, et personnalisés en fonction des besoins des détenus. Le matériel, ainsi que le langage utilisé, doivent s'adapter à la culture et aux pratiques de ces derniers, mais aussi aux différents idiomes et aux différents niveaux d'alphabetisation. L'approche doit mettre l'accent sur le respect de l'usager et sur l'absence de jugement. L'éthique (consentement éclairé, confidentialité et anonymat) joue ici un rôle capital. Le respect de la discrétion passe aussi par le renforcement de l'accès libre au matériel, notamment aux préservatifs et aux brochures d'information, dans des endroits multiples, fréquentés quotidiennement par les détenus. La RDR peut se dérouler dans les lieux collectifs, dans l'unité médicale, dans les pièces mises à disposition pour le personnel de RDR mais aussi en cellule. La radio interne ou la diffusion de programmes audio-visuels peuvent également servir de relais aux messages de la RDR.

SESSIONS DE RDR EN PRISON

Ces séminaires, proposés par des acteurs de RDR externes à la prison ou par du personnel formé, visent à informer les détenus sur les risques des usages de drogues, sur les maladies qui peuvent en découler, sur les infections sexuellement transmissibles, sur les risques liés à l'injection, au piercing et au tatouage³¹.

.....
31 Leur pratique clandestine en prison comporte des risques sanitaires, dont certains sont similaires à

L'objectif est d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de les aider à prendre soin d'eux. Ces séminaires veillent à développer le sentiment d'efficacité personnelle et d'estime de soi en prenant en compte les influences sociales et environnementales et en choisissant leurs connaissances et leurs compétences comme point de départ. Ils reposent sur l'apprentissage interactif et supportent l'effet boule de neige³². L'accessibilité doit être élevée pour chaque détenu et le recrutement nécessite de bien anticiper la première prise de contact : les détenus doivent recevoir des renseignements clairs sur le service offert, ses objectifs et sur l'approche proposée. Ces séminaires peuvent se dérouler lors d'une séance unique ou s'inscrire dans la durée, mais une activité de suivi est généralement préconisée. La configuration du lieu vise à mettre les participants à l'aise, physiquement et psychologiquement. La participation au séminaire peut être reconnue par un diplôme et/ou une récompense.

Certaines sessions ciblent le personnel afin de leur apprendre les compétences professionnelles de base concernant les usages de drogues : savoir communiquer avec les usagers, reconnaître et gérer les effets, et, pour le personnel médical et social, conseiller, proposer des soins adéquats. Ainsi formé, le personnel pénitentiaire prend conscience du rôle capital qu'il peut jouer dans la RDR.

LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE MATÉRIEL

Malgré des résultats très encourageants (diminution drastique du partage de seringues, réduction très importante de la contamination au VIH et au VHC, ainsi que des cas d'overdose), les programmes concernent uniquement onze pays dans le monde actuellement : le Luxembourg, l'Allemagne, le Canada, l'Espagne, la Suisse, la Moldavie, l'Ukraine, la Macédoine du Nord, l'Iran, le Kirgizstan et le Tadjikistan³³. La plupart de ces pays n'ont pas implanté les programmes d'échange dans chaque prison présente sur le territoire par ailleurs. En prison, l'échange et la distribution de matériel peuvent se faire en main propre par le personnel d'une unité médicale interne, par des professionnels externes à la prison, ou par des pairs formés et identifiables par les autres détenus. L'option choisie joue sur le degré de contrôle des usagers, sur le degré d'anonymat et de confidentialité, sur la disponibilité et l'étendue du service, sur la constance des personnes associées au projet, ainsi que sur les démarches administratives (contraignantes pour les intervenants extérieurs à la prison). Les distributeurs automatiques sont envisageables mais ils ne permettent pas d'approche globale de la RDR. Or, ces programmes sont une action clé pour rentrer en contact avec les usagers injecteurs, notamment avec ceux qui ne recourent pas régulièrement aux services sanitaires. Ces programmes visent en effet

à tendre vers une disponibilité et une offre aussi étendues que possible (éducation à l'injection à moindre risque, *counselling*, soins infirmiers, empowerment des usagers, accès au dépistage et à la vaccination).

LES TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES (TAO) EN PRISON

Les TAO peuvent être délivrés à un usager sous traitement avant son incarcération ou à un usager en demande d'aide. Dans le premier cas, ne pas poursuivre le traitement augmente fortement les risques de rechute, d'automutilation et de suicide. Dans les prisons belges, le TAO est organisé sur base volontaire, gratuitement. Il peut néanmoins souffrir de l'absence de certains médecins prescripteurs. Par ailleurs, le transfert d'une prison à une autre peut induire des modifications de traitement, les pratiques entre médecins pouvant diverger. L'initiation même d'un traitement auquel l'usager n'avait pas recours avant l'incarcération, peut elle-même être très complexe à mettre en place.

La supervision du traitement peut être réalisée dans l'unité médicale ou en cellule. L'approche est personnalisée et il peut être nécessaire de réviser le dosage et la régularité des prises en fonction des signes cliniques et des symptômes décrits par l'usager (*craving*³⁴, poursuite de la consommation d'opiacés illicites). Du temps doit être dégagé afin d'assurer un suivi médical régulier et complet, d'aborder la dimension psychosociale de la consommation et de donner accès à une

.....
ceux de l'injection.

32 L'effet boule de neige désigne la transmission de messages de prévention et de réduction de risques par les pairs, aux usagers peu en contact avec les dispositifs de santé.

.....
33 Harm Reduction International. (2024). *The Global State of Harm Reduction 2024*. <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm-reduction-2024/>



.....
34 Le *craving* est l'envie impulsive et irrésistible de consommer un produit psychotrope.

information objective et neutre sur les effets du TAO, sur les dangers du mésusage et de la polyconsommation. La différenciation des personnes sous TAO des autres détenus doit être évitée hors du service médical. L'accès au TAO et son maintien ne doivent jamais servir de moyen de récompense ou de punition aux bons et aux mauvais comportements du détenu, ni être présenté comme un luxe auquel un détenu ne peut légitimement prétendre mais être considéré comme un soin auquel il a droit.

LA CONTINUITÉ DE SOINS

Malgré que la continuité et l'équivalence des soins soient bien inscrites dans la loi de principes³⁵ concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, et reprises dans les recommandations internationales, elles ne sont pas systématiquement assurées pour chaque détenu. À cet égard, une étude du KCE³⁶ a souligné l'absolue nécessité de renforcer les effectifs et moyens à disposition du personnel médical et infirmier au sein des établissements carcéraux. Si le remboursement des soins pour les personnes en détention, institué depuis le 1/01/2023 par l'affiliation et l'assurance des détenus auprès d'une mutualité, présente d'indéniables

avantages, cette couverture s'arrête dès que la personne est libérée. Par ailleurs, certaines personnes n'y ont pas accès, par exemple si elles ne sont pas en ordre en termes de séjour en Belgique.

Aussi bien à l'entrée qu'à la sortie de prison, la transition entre milieu carcéral et milieu libre confronte souvent l'usager de drogues à un vide sanitaire, inopportun en raison de la situation complexe dans laquelle il se trouve déjà : les programmes et les soins s'arrêtent et il faut un temps, de l'information et des démarches pour y accéder de nouveau, dans ce contexte différent.

Or, la continuité d'accès à la RDR d'un milieu à l'autre est importante, voire vitale dans le cas des TAO. Pour diminuer les risques de privation d'un programme, de rechute et d'overdose, il convient de planifier et d'arranger un continuum de soins entre les unités médicales de la prison et des partenaires extérieurs. Des unités de transition peuvent faciliter l'orientation de l'usager à sa sortie et son intégration dans un programme similaire en milieu libre. Pour les TAO spécifiquement, elles peuvent accompagner l'usager en délivrant encore le traitement pendant les premiers jours qui suivent la sortie. En Belgique, le partenariat entre certains établissements pénitentiaires et le centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogue Transit permet la délivrance par les services de santé de la prison de l'équivalent de «72h» de traitement pour les détenus sous TAO à la sortie.

LA PAROLE AUX DÉTENUS

Une récente étude a porté sur le vécu des détenus connaissant des problématiques liées à l'usage de drogues : le projet de recherche RECO-PRIS (Recovery in Prison) a été commandité par le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, de mars 2019 à août 2020. Il s'agissait d'étudier la prise en charge des détenus consommateurs de drogues, mais aussi de fournir un avis scientifique quant aux projets-pilotes développés dans les établissements de Hasselt, Lantin et Saint-Gilles, et quant à leur éventuelle répliation vers toutes les prisons de Belgique. Les résultats de l'étude tendaient à souligner la pertinence des projets-pilotes et de leur extension à d'autres établissements pénitentiaires. Cela nécessitait néanmoins de débloquer des moyens financiers et d'offrir au personnel des conditions de travail attrayantes. Plus globalement, les personnes interviewées soulignaient leur besoin d'aide dans différents domaines de vie, appelant donc à ce que l'expertise des projets-pilotes soit mobilisée dans le cadre d'une approche de traitement globale et intégrée, respectant les principes fondamentaux de l'équivalence et de la continuité des soins. Afin de soutenir cette dernière, il était suggéré de faire appel à un case manager apte à faire le lien entre différents acteurs de l'aide et du soin, spécifiquement lors des moments de rupture dans le trajet du patient. Enfin, le projet RECO-PRIS bis a tenté d'amener un éclairage sur la meilleure manière d'étendre ces projets-pilotes aux autres établissements pénitentiaires, notamment en établissant

35 Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus. https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-12-janvier-2005_n2005009033 ★

36 Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2017). *Les soins de santé dans les prisons belges: État des lieux et recommandations (Synthèse)* (KCE Report 293Bs). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf ★

un guide de bonnes pratiques³⁷, tout en veillant à préserver des possibilités d'adaptations aux besoins spécifiques des prisons. Depuis, l'initiative a été étendue à une dizaine d'établissements.

37 Schils, E., Zerrouk, A., Vandeveld, S., Laenen, F., Colman, C., Vanderplasschen, W., Maes, E., & Mine, B. (2021, October 31). *RECOvery in PRISON bis - Un guide pratique pour l'implémentation de projets en prison pour les détenus consommateurs de drogues*. https://www.researchgate.net/publication/371350350_RECOvery_in_PRISON_bis_-_Un_guide_pratique_pour_l'implémentation_de_projets_en_prison_pour_les_détenus_consommateurs_de_drogues ★

POUR EN SAVOIR PLUS

Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2017). *Les soins de santé dans les prisons belges : État des lieux et recommandations (Synthèse)* (KCE Report 293Bs). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf ★

EUDA. (2022). *Prisons et drogues : Réponses sanitaires et sociales* (mise à jour). https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/prisons-and-drugs-health-and-social-responses_fr ★

Hoover, J., & Jürgens, R. (2009). *Harm reduction in prison: The Moldova model*. International Harm Reduction Development Program. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/harm-reduction-prison-moldova-model> ★

Obradovic, I. (2012). *Réduction des risques en milieu pénitentiaire : Revue des expériences étrangères* (Note n°2012-04). OFDT, à l'attention de la MILDT. <https://www.ofdt.fr/publication/2012/reduction-des-risques-en-milieu-penitentiaire-revue-des-experiences-etrangeres> ★

Observatoire International des Prisons, section française. (4 septembre 2024). *Drogues et prison : Décrocher du déni*. <https://oip.org/analyse/drogues-et-prison-decrocher-du-deni/> ★

Plettinckx, E., Harth, N., De Smet, S., Gremeaux, L., & Dirckx, N. (2023). *Santé, bien-être et consommation de drogues chez les personnes incarcérées : Résultats belges du projet PRS-20 2021-2023*. Sciensano. <https://www.sciensano.be/en/biblio/sante-bien-etre-etconsommation-de-drogues-chez-les-personnes-incarcerees-resultats-belges-du-projet> ★

Schils, E., Zerrouk, A., Vandeveld, S., Laenen, F., Colman, C., Vanderplasschen, W., Maes, E., & Mine, B. (2021, October 31). *RECOvery in PRISON bis - Un guide pratique pour l'implémentation de projets en prison pour les détenus consommateurs de drogues*. https://www.researchgate.net/publication/371350350_RECOvery_in_PRISON_bis_-_Un_guide_pratique_pour_l'implémentation_de_projets_en_prison_pour_les_détenus_consommateurs_de_drogues ★

Schils, E., Debaere, V., Vandeveld, S., Mine, B., Vander Laenen, F., Colman, C., Maes, E., & Vanderplasschen, W. (2023, January 20). *La parole est aux détenus ! Perceptions et vécu de leur accompagnement par des détenus consommateurs de drogues*. https://nicc.fgov.be/upload/publicaties/jsjv20_fr.pdf ★

Spilka, S., Morel d'Arleux, J., & Simioni, M. (2024). *Les consommations de drogues en prison : Résultat de l'enquête ESSPRI 2023*. Tendances, n°163. OFDT. <https://www.ofdt.fr/publication/2024/les-consommations-de-drogues-en-prison-resultat-de-l-enquete-esspri-2023-2001> ★

Stöver, H., MacDonald, M., & Atherton, S. (2007). *Harm reduction for Drug Users in European Prisons*. https://www.researchgate.net/publication/259753209_Harm_Reduction_for_Drug_Users_in_European_Prisons ★

RDR EN MILIEU SPORTIF

Aujourd'hui, peu de pays envisagent une RDR adaptée au milieu du sport. Pourtant, deux phénomènes, de grande ampleur, associent sports et usages de drogues : le dopage, intrinsèquement lié à la pratique du sport, et la culture de la «troisième mi-temps» alcoolisée.

SPORT ET DOPAGE

Le dopage sert, dans les milieux sportifs professionnels et parfois amateurs, à répondre à l'injonction à la performance et témoigne par ailleurs d'une transition plus large de la médecine du sport curative vers une médecine améliorative. Sont utilisés des produits réputés pour «améliorer l'image et la performance», en augmentant la musculature et en modifiant l'apparence (IPED³⁸) : anabolisants (stéroïdes), hormones de croissance, hormones peptidiques (dont l'érythropoïétine, dite aussi EPO), béta-2 agonistes, béta-bloquants, diurétiques et glucocorticoïdes. D'autres produits complètent la liste des produits interdits par la lutte anti-dopage : stimulants, narcotiques, cannabinoïdes. L'utilisation de ces substances est interdite dans les compétitions car deux des trois critères suivants sont réunis : influence sur la

prestation sportive, danger potentiel pour la santé et irrespect de l'éthique du sport.

La demande d'IPED, produits de plus en plus diversifiés et accessibles sur le net sans difficulté, ne cesse d'augmenter dans les pays développés. Le public usager est hétérogène et mélange sportifs professionnels, culturistes, clients de salles de fitness, mais l'amélioration pharmacologique de la performance déborde de ces milieux et touche aussi professionnels de la sécurité, travailleurs du show business, étudiants... Cette problématique reste toutefois peu documentée, en particulier dans le sport amateur.

Les risques afférents sont multiples et varient selon la nature du produit, sa provenance, le mode et la fréquence de consommation et l'environnement. Les risques sanitaires principaux sont la détérioration de la santé cardiaque, l'augmentation de la pression sanguine et du risque de thrombose, la diminution de la production de testostérone, un dysfonctionnement du foie, des troubles de l'humeur, ainsi qu'une dépression lors de l'arrêt des produits. Il faut y ajouter des effets secondaires hormonaux, androgéniques (acné, pilosité, perte des cheveux) ou ostrogéniques (rétention d'eau, gynécomastie). Ces risques sont renforcés par l'absence d'informations sur

la composition des produits, par la grande méconnaissance des produits et de leur dangerosité (effets, effets secondaires, contre-indications, interactions médicamenteuses), par l'expérimentation personnelle des dosages et des interactions en vue d'obtenir un résultat pas toujours immédiat, ou encore en cas de partage de pratiques inadéquates (par exemple, un homme conseillant un dosage hormonal similaire au sien à une femme).

LES CLINIQUES «SPORTS ET DROGUES»

Au Royaume-Uni, les cliniques «Sports et Drogues», dites aussi cliniques stéroïdes, sont des dispositifs gratuits, confidentiels, basés sur le non-jugement, qui rassemblent différentes pratiques de RDR à destination des usagers de stéroïdes. Elles ont permis de toucher une population cachée auparavant et de lui offrir un suivi médical auquel ce public pensait peu à recourir. Ces cliniques offrent du conseil sur les IPED, leurs usages et leurs effets ; des contrôles de santé, en particulier du foie, du cholestérol, des taux hormonaux, des tests d'hépatite C et du VIH, ainsi qu'un programme de distribution et d'échange de matériel d'injection stérile. Ces contrôles de santé sont utiles pour réduire les risques, mais aussi

.....
38 IPED : Image and Performance Enhancing Drugs

pour permettre un suivi de l'évolution de la santé de la personne. L'accès à la vaccination et la mise en contact avec des centres de soin complète l'offre. Peuvent également s'y additionner des conseils sur l'entraînement sportif, sur la nutrition, sur les traitements médicamenteux alternatifs et moins dangereux (créatine phosphate, protéines) et sur la pratique de l'injection. La personnalisation des programmes, notamment du régime diététique ou des alternatives pharmacologiques, permet d'être au plus proche des attentes de l'usager. Une attention particulière est portée à la polyconsommation, notamment au mélange de stéroïdes et d'opiacés fréquemment relevé chez les usagers problématiques³⁹.

TRAVAIL SUR LES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES DANS LE MILIEU SPORTIF PROFESSIONNEL

La précarité de l'emploi (carrière brève, instable, avec obligations de résultats) et les conséquences relativement courantes des conditions de travail (isolement, démotivation, blessure, détresse psychologique, troubles du sommeil, prise de poids) influencent fortement le recours aux produits dopants. Dès lors, modifier l'organisation des équipes sportives, la charge de travail, ses modalités et la précarité économique seraient des moyens susceptibles de limiter l'usage d'IPED. Proposer une préparation qualitative du sportif, basée sur le monitoring de ses données, fixer un nombre maximum de jours ou de kilomètres d'entraînement

.....
³⁹ Les raisons des interactions restent floues : atténuer les effets d'un produit par l'autre, contribuer à la recherche de plaisir, provenir du contexte socio-culturel dans lequel l'héroïne est consommée...

et de compétitions par an, renforcer l'accompagnement en début de carrière, promouvoir les projets professionnels parallèles et accompagner les sportifs de plus de 30 ans lors de leur reconversion sont autant de pistes pour diminuer leur stress, les protéger du risque de recours aux produits dopants ainsi qu'améliorer globalement leur santé physique et psychologique.

Par ailleurs, les études portant sur les conséquences de la lutte anti-dopage recommandent de modifier la liste des produits dopants (en particulier, d'en retirer le cannabis), d'alléger les sanctions et de revoir la logique des contrôles en les focalisant sur des paramètres physiologiques (taux d'hémoglobine, hématoците, niveau de ferritine...) plutôt que sur des traces d'usage de produits. Cette révision permettrait moins d'intrusion dans la vie privée des sportifs et plus d'attention à leur santé.

SPORT ET ALCOOL

Dans les sports d'équipe et de contact, la consommation d'alcool et les comportements à risque qui en découlent sont particulièrement élevés chez les joueurs et les supporters, féminins ou masculins, lors des moments de convivialité qui accompagnent un entraînement ou un match. Le sponsoring des équipes ou des événements sportifs par des marques d'alcool rend la présence de celui-ci et sa disponibilité d'autant plus visible et banalisée dans le milieu sportif. La vente d'alcool dans les clubs sportifs est en outre favorisée par le fait que l'équilibre

économique du club repose en partie sur les recettes de la cafétéria.

Pour les sportifs, cette consommation d'alcool peut entraîner à court terme une diminution de la performance, et à long terme, le déclin du potentiel physique. Ces risques se couplent aux dangers plus généraux d'une consommation excessive d'alcool. À court terme, sont observés une déshydratation, des troubles digestifs, du comportement et de la coordination, une baisse de l'acuité visuelle, une diminution de la vigilance et du contrôle de soi, notamment responsables des accidents de voiture ou des rapports sexuels non voulus et/ou non protégés. Une consommation excessive à répétition favorise l'apparition de pathologies du foie, du pancréas, de la pression artérielle, du cœur ou de troubles psychiques et neuropsychiques.

LES PROGRAMMES «GOOD SPORTS»

Comportant des similitudes avec les labels de qualité octroyés en milieu festif, les programmes «Good sports»⁴⁰ s'adressent aux clubs de sport communautaire australiens afin de diminuer les risques liés à la consommation d'alcool. Les déterminants sur lesquels il est proposé d'agir sont la disponibilité et le prix des boissons, la formation du personnel, la promotion des boissons non-alcoolisées et la limite du sponsoring par les marques de boissons alcoolisées. Ces interventions sont classées par niveaux de qualité. Elles concernent aussi bien les joueurs, féminins et masculins, que les encadrants et les supporters.

.....
⁴⁰ Good Sports. (n.d.). *Good Sports Program*. <https://goodsports.com.au/>

INTERVENTIONS GOOD SPORTS	NIVEAU 1	NIVEAU 2 + NIVEAU 1	NIVEAU 3 + NIVEAU 2
Conditions d'obtention du label	<ul style="list-style-type: none"> › Eau disponible › «Responsible Service of Alcohol» : <ul style="list-style-type: none"> – identifier les clients ivres et ne pas les servir, – limiter les doses d'alcool lors des préparations, – aider les personnes en difficulté à la suite d'un usage excessif d'alcool › Pas de cigarettes à l'intérieur 	<ul style="list-style-type: none"> › Pas de shots › Pas de boissons au pourcentage d'alcool supérieur à 5 % › Tarifs incitants pour boissons non-alcoolisées › Nourriture disponible › Stratégie de retour à domicile › Pas de jeux de boissons › Pas de promotions pour boissons alcoolisées 	<ul style="list-style-type: none"> › Pas de sponsor lié au secteur de l'alcool › Développer une ambiance familiale › Diffuser une politique claire concernant les boissons alcoolisées auprès des membres › Prévention spécifique pour les mineurs › Prévention spécifique pour les usagers problématiques

EMPOWERMENT DES ÉTUDIANTS SPORTIFS

Aux États-Unis, le National Institute of Alcohol Abuse a dirigé une attention particulière aux students-athletes. Si cette réalité de l'enseignement supérieur est spécifique à ce pays, la globalité de la démarche la rend adaptable à différents contextes. Elle implique les individus, les équipes, mais aussi l'environnement et la culture du campus. Elle offre aux usagers d'alcool un feedback objectif sur leur mode de consommation et des possibilités d'intervention motivationnelle brève. Une attention est portée à la correction des perceptions sur l'usage d'alcool, sur le décalage entre les attentes positives liées à l'alcool, les effets réels et les risques en cas d'usage excessif, en informant également des effets spécifiques sur l'entraînement sportif et sur la performance. Des stratégies de RDR sont proposées lors des événements sportifs, comme la

promotion de l'alternance de boissons alcoolisées et non-alcoolisées, ou le retour à domicile avec un conducteur désigné préalablement. Les étudiants sont par ailleurs intégrés dans le dispositif par une formation au counselling et à la gestion du stress.

POUR EN SAVOIR PLUS

Aubel, O., & Ohi, F. (2016). Le sportif en travailleur face à la lutte anti-dopage: Éléments de critique et propositions. *Sciences et motricité*, 92, 33-43. <https://doi.org/10.3917/sm.092.0033>

Brennan, R., et al. (2016). The injecting use of image and performance-enhancing drugs (IPED) in the general population: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1459-1531. <https://doi.org/10.1111/hsc.12326> ★

Bruce, S. (n.d.). *Best practices to address student-athlete alcohol abuse*. NCAA Sport Science Institute.

Evans-Brown, M., McVeigh, J., Perkins, C., & Bellis, M. A. (2012). *Human enhancement drugs: The emerging challenges to public health*. North West Public Health Observatory. https://www.researchgate.net/publication/233726940_Human_Enhancement_Drugs_-_The_Emerging_Challenges_to_Public_Health ★

Fron, M., et al. (2018). Sport, drogue et dopage: Quels liens, quels risques, quelles actions? *La revue du praticien*, 68(3), 253-256. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/sport-drogue-et-dopage-quels-liens-quels-risques-quelles-actions> ★

Iff, S., Butzke, I., Zitzmann, M., Schneiter, R., Hunziker, M., Quednow, B. B., & Claussen, M. C. (2022). IPED in recreational sports. *Praxis* (Bern 1994), 111(6), e345-e349. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003873>

Kimergård, A., & McVeigh, J. (2014). Variability and dilemmas in harm reduction for anabolic steroid users in the UK: A multi-area interview study. *Harm Reduction Journal*, 11. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-19> ★

Kingsland, M., Wolfenden, L., Tindall, J., et al. (2015). Tackling risky alcohol consumption in sport: A cluster randomised controlled trial of an alcohol management intervention with community football clubs. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1-7. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204984> ★

Rowland, B., Allen, F., & Toumbourou, J. W. (2012). Impact of alcohol harm reduction strategies in community sports clubs: Pilot evaluation of the Good Sports program. *Health Psychology*, 31(3), 323-333. <https://doi.org/10.1037/a0026397>

RDR EN MILIEU VIRTUEL

Depuis qu'Internet est un média privilégié, la RDR investit progressivement les espaces numériques. Les objectifs sont de s'adapter aux possibilités de recherche et d'accès à la connaissance du web 2.0, ainsi qu'aux interactions qu'il permet. Ce développement semble d'autant plus important que l'augmentation de la vente de produits illicites en ligne illustre l'importance de ce média auprès de certains usagers. S'il ne faut pas négliger la fracture numérique, c'est-à-dire la disparité d'accès à l'informatique au sein de la population, la RDR en milieu virtuel est l'occasion de toucher un public large, hétérogène, notamment celui des usagers occasionnels, peu sensibilisés à la RDR. La préservation de l'anonymat et la liberté d'expression en milieu virtuel aident aussi à briser les isolements dus à la stigmatisation et à la répression. Bien qu'elle n'ait pas encore été évaluée, il faut constater que la RDR en milieu

virtuel développe de nouvelles formes d'information, de dialogue mais aussi de nouvelles sources de connaissances, pour les usagers de drogues comme pour les professionnels.

LES COMMUNAUTÉS D'USAGERS EN LIGNE

Les communautés d'usagers en ligne sont des groupes d'échange et d'auto-support sur forums : soutien, information, acquisition de connaissances, témoignages créent une entraide et une forme de cognition collective construite par l'utilisateur-expert. Ces conversations entre pairs ont pour particularité de devenir également un document numérique stable, accessible dans le temps à des lecteurs passifs. Elles se caractérisent par la disponibilité permanente de l'outil, le contrôle par l'utilisateur de son niveau d'engagement

et des informations personnelles qu'il souhaite partager, l'autonomie et l'affranchissement vis-à-vis des structures institutionnelles ou des discours moraux. Ces communautés sont régulées par l'adoption d'une charte et par la présence de modérateurs. Ces derniers sont parfois formés à la RDR, jouant alors aussi un rôle de référent et pouvant orienter les personnes vers d'autres dispositifs si cela semble nécessaire (discours suicidaires, bad trip en ligne...). Ces communautés contribuent à la RDR non seulement par la transmission de savoirs objectifs, mais aussi en enrichissant et en actualisant collectivement les connaissances empiriques et pragmatiques sur les usages et sur les produits. Pour les NDS (nouvelles drogues de synthèse), elles sont parfois les seules sources d'informations, ce qui les rend particulièrement précieuses même si leurs contenus ne sont pas validés scientifiquement.

INFO PRODUITS

Certains sites internet, comme druglab.fr, permettent aux usagers d'avoir accès à des informations pratiques lorsqu'ils envisagent de consommer une nouvelle substance psychoactive (e.g. 3-FMA, 4-AcO-DMT, 3-MMC) : effets, dosage en fonction du mode d'administration, durée d'action, interactions/polyconsommations à éviter, etc. Le site mixtures.info fournit quant à lui un éclairage spécifique sur les combinaisons de produits potentiellement dangereuses. Les informations que l'on retrouve sur ces sites sont les plus souvent issues d'une centralisation du savoir expérientiel des usagers.

LA RÉDUCTION DES RISQUES À DISTANCE

Les programmes de RDR à distance permettent de dispenser des services de RDR (fourniture de matériel, information et conseil, testing, orientation) par envoi postaux, par contacts téléphoniques,

par chats ou par le biais d'applications. Ils s'adressent aux usagers qui, pour différentes raisons, n'accèdent pas aux dispositifs existants : couverture territoriale incomplète, handicap physique, recherche d'anonymat, matériel indisponible dans les structures environnantes ou résistance psychologique à fréquenter les dispositifs (peur d'être vu, peur du jugement, peur de fréquenter un public perçu comme précaire ou malade, recherche d'un processus peu chronophage...). Si le matériel ou le testing sont parfois payants, le chat aussi bien ouvert aux usagers qu'à l'entourage est gratuit. Les spécificités principales sont le renforcement de l'anonymisation du processus (utilisation d'identifiants, commande en ligne, possibilité d'utiliser une poste restante, envoi de colis discrets), et de l'accessibilité. Ces programmes peuvent être isolés ou s'insérer dans une offre plus globale d'accès à la RDR.

TEST D'AUTO-ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION

Les tests d'auto-évaluation de la consommation sont des questionnaires à choix multiple concernant les produits et les circonstances de consommation, qui offrent à l'utilisateur l'occasion de situer sa consommation et d'entamer une réflexion. Le nombre de questions, la palette de substances, le degré de précision du profil établi et des conseils dispensés peuvent varier très fortement, en raison des moyens techniques et financiers alloués au projet. Certains sites se limitent à des caractéristiques de base (profil personnel, fréquence et quantité), d'autres intègrent des questions sur les comportements à risques, la santé physique et mentale. Les résultats du test procurent au répondant une information standard sur le type d'usage qu'il a décrit dans ses réponses, les risques potentiels de celui-ci

et des conseils de RDR adaptés aux réponses fournies. Ils renvoient également vers des associations ou des services qui pourraient être utiles à l'utilisateur. Ces tests peuvent également servir aux acteurs socio-sanitaires à collecter des données pouvant faire l'objet d'analyses quantitatives.

ALCOOL	SPEED
ECSTASY	CANNABIS
COCAINE	SOMNIFERES
INTERNET	JEUX D'ARGENT

STOP OU ENCORE ?

8 TESTS RAPIDES ET CLAIRS POUR SAVOIR OÙ VOUS EN ÊTES.

TESTEZ VOTRE CONSOMMATION SUR WWW.STOPOUENCORE.BE

© Info Drogues

APPLICATIONS POUR SMARTPHONE

Récemment, plusieurs applications ont vu le jour, permettant aux usagers d'accéder à des informations sur les produits ainsi qu'à des conseils de réduction des risques. Certaines applications intègrent également des informations sur les échantillons dangereux en circulation identifiés par les services de testing : c'est le cas des applications TripApp et Know Drugs.

Voir aussi la partie 3.4 sur le *gay outreach*

POUR EN SAVOIR PLUS

Association Française pour la Réduction des Risques. (2016). *Ici drogues : Identifier, comprendre et intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues*. <https://a-f-r.org/recherche-ici-drogues-recommandations-pour-intervenir-sur-internet-au-sujet-des-drogues/> ★

Eurotox. (2025). *Alcool: Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques*. ★

Forums d'usagers et autres ressources

- > www.druglab.fr
- > www.erowid.org
- > www.mixtures.info
- > www.psychoactif.org
- > www.psychonaut.fr
- > www.tripsit.me

Tests en ligne

- > <http://onetoomany.co>
- > <http://saferuselimits.co/>
- > <https://www.stopouencore.be/>
- > <https://aide-alcool.be/testalalcool>

e-Permanence

- > <https://aide-alcool.be/>
- > <https://infordrogues.be/>

Réduction des risques à distance

- > <http://www.RDR-a-distance.info/>

Applications pour smartphone

- > Know Drugs
- > TripApp
- > Tripsit Mobile 2

RDR ET PERSONNES ÂGÉES

La Réduction des Risques a eu le mérite de sauver des vies : grâce à elle, de nombreux usagers de drogues ont pu (sur)vivre à l'épidémie de sida, et vivre encore 30 ans après ses balbutiements. La question, souvent posée et encore trop peu répondue, est de savoir quelles stratégies adopter pour un public désormais âgé. Car la proportion de personnes âgées au sein de la population des usagers de drogues tend à augmenter en Europe, selon de nombreux rapports. Le vieillissement de la population, et plus spécifiquement celui des usagers, soulèvent des inquiétudes quant à la capacité des services spécialisés et non spécialisés à prendre en charge et gérer un nombre croissant d'usagers âgés, ayant des besoins de santé et des problématiques souvent complexes (problèmes de santé mentale, douleurs chroniques, polyconsommation, comorbidités, etc.). L'usage de drogue est aussi associé à un risque accru de diabète précoce et plus sévère, de troubles neurologiques et de cancer. Les usagers plus âgés expérimentent aussi souvent une accélération des morbidités médicales et une progression dans la détérioration de leurs organes, en particulier les usagers dépendants. Le système immunitaire des personnes usagères, notamment celles ayant longtemps vécu dans de mauvaises conditions, est davantage affecté par

le vieillissement. Enfin, les études rapportent également que les usagers de drogues illégales plus âgés sont souvent socialement exclus et isolés de leurs proches et réseaux externes à leurs réseaux d'usagers. Ils sont davantage marginalisés, ont de plus hauts taux de chômage, un niveau d'éducation plus bas, sont plus souvent sans abri et sont plus susceptibles d'avoir fait un séjour en prison (voir Eurotox, 2022). Les dispositifs de RDR n'échappent donc pas à cette nécessité de devoir prendre en compte la dimension «vieillesse» dans leur offre de services. Si actuellement le nombre de projets innovants ainsi que les guidelines en la matière restent limités, certains pays (e.g. Suède, Angleterre, Irlande) ont pris l'option de mettre en place des maisons de repos ou appartements supervisés spécifiquement dédiés aux bénéficiaires âgés usagers d'alcool ou de drogues. Les évaluations de ce type de dispositif demeurent actuellement limitées et de nature qualitative (voir par exemple Jönson, Højgaard-Bøytler & Harnett, 2022 ; Harnett & Jönson, 2022).

En plein durant l'épidémie de covid, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) publiait son rapport annuel 2020 dans lequel il alarmait contre une autre "épidémie cachée", celle de la consommation de drogues

chez les personnes âgées. Les données s'avèrent largement incomplètes en ce qui concerne l'usage de drogues illégales et la mortalité qui y est liée, chez les plus de 65 ans. De par le monde et de par les diversités culturelles, mais aussi de par le vieillissement précoce observé chez les publics marginalisés, il y a une difficulté à simplement préciser l'âge à partir duquel un usager de drogues peut être considéré comme «âgé». D'après certaines estimations, les usagers devraient requérir un niveau de soin normalement destiné aux personnes âgées à partir de 40 ans. Par ailleurs, des études spécifiques ont pu démontrer des augmentations de la prévalence d'usage de drogues, et particulièrement du cannabis, au cours de l'année écoulée, au sein de publics européens et nord-américains de plus de 65 ans. Certaines de ces augmentations ont pu se révéler plus importantes que celles observées dans des publics plus jeunes.

En outre, les personnes âgées sont fortement concernées par l'usage de drogues légales telles que l'alcool et les médicaments. L'alcool est l'un des psychotropes les plus consommés après 60 ans et il est souvent ancré dans les habitudes alimentaires. Les données disponibles suggèrent que l'absorption ponctuelle de grandes quantités d'alcool tend à diminuer avec l'âge mais que

le risque d'en consommer chaque jour augmente. Bien qu'elles constituent une population hétérogène, les personnes âgées présentent des vulnérabilités particulières à l'alcool :

- › L'âge influe sur la tolérance à l'alcool : les changements métaboliques causés par le vieillissement induisent une moindre résistance aux effets de l'alcool. À quantités égales d'alcool consommées, les séniors présentent un taux d'alcoolémie plus élevé que celui des jeunes. Par conséquent, il existe un risque accru d'ivresse pour des consommations moindres ;
- › L'alcool perturbe les capacités motrices et augmente le risque de chute ;
- › L'usage combiné d'alcool et de médicaments. L'alcool peut avoir une incidence sur l'action ou l'élimination de certains médicaments, et ceux-ci peuvent amplifier les effets de l'alcool. Les personnes âgées risquent davantage de subir les méfaits de cette polyconsommation que d'autres sous-groupes de la population ;
- › Chez les aîné-e-s, les effets de l'alcool peuvent être majorés par la coexistence de troubles cognitifs tels que la maladie d'Alzheimer ;
- › Les dommages physiques causés par l'usage nocif d'alcool peuvent être plus importants chez les aîné-e-s, du fait de la polypathologie fréquente dans cette tranche d'âge.

La plus grande sensibilité des personnes âgées aux effets de produits ne se limite pas à l'alcool, et est observable pour de nombreuses substances psychoactives. En ce qui concerne les médicaments, la prise à long terme de benzodiazépines s'avère d'autant plus dommageable que

les doses prescrites peuvent, dans certains cas, s'avérer démesurées en raison de la tolérance au produit qui s'installe progressivement.

Pour les usagers âgés et consommateurs d'alcool ou de médicaments, tout comme de drogues illégales, l'identification du début (précoce ou tardif) de la consommation est fondamentale, car la durée de cette consommation peut grandement varier entre les personnes et avoir des répercussions diverses. Quelle que soit cette durée, il faut aussi être attentif au fait que la personne âgée peut présenter une pharmacodépendance faisant suite à des prescriptions dans le cadre de traitement de maladies neuro-dégénératives⁴¹, de dépressions, de douleurs, ou encore de troubles du sommeil.

Les recommandations tendent à souligner l'importance d'une approche intégrée, traitant conjointement plusieurs problèmes, par exemple de santé physique, de santé mentale et de dépendance à la drogue, tout en prêtant attention à la capacité fonctionnelle et au bien-être des personnes âgées.

Le lieu d'intervention privilégié pour mener des actions de réduction des risques à destination d'un public âgé, est forcément celui des maisons de repos, et plus généralement de tous les milieux fermés ou résidentiels où on peut retrouver des personnes âgées (e.g. milieu carcéral,

initiatives d'habitations protégées, maison de soins psychiatriques). Au sein de ces dernières, il est essentiel de développer le réflexe du diagnostic et des modalités d'accompagnement individualisé, en y associant l'entourage de la personne concernée (Haute Autorité de Santé, 2022).

Si les lieux institutionnalisés tels que les maisons de repos et autres structures résidentielles doivent prendre en compte les problématiques d'usage de drogues et de dépendance dans le parcours de soin des bénéficiaires âgés, l'outreach vers des personnes âgées à domicile sur ces questions n'en est pas moins fondamental, ce qui implique la formation et mobilisation des médecins généralistes et des infirmières à domicile, ainsi que la mise en place d'un travail pluridisciplinaire mené en réseau.

.....
41 Les tranquillisants et antipsychotiques sont notamment utilisés pour réguler certains symptômes de ces maladies qui peuvent poser problème à l'entourage et au personnel des maisons de repos et de soin (e.g. agitation, agressivité, troubles du comportement).

POUR EN SAVOIR PLUS

European Union Drugs Agency (EUDA). (n.d.). Personnes âgées et drogues: réponses sanitaires et sociales. https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/older-people-and-drugs-health-and-social-responses_fr

Eurotox (2022). Papy et mamy «boom» chez les usager-es de drogues. Eurotox. <https://eurotox.org/2022/05/25/papy-et-mamy-boom-chez-les-usager%C2%B7es-de-drogues/> ★

Harnett, T., & Jönson, H. (2022). 'Wet' eldercare facilities: three strategies on the use of alcohol and illicit substances. *Nordic Social Work Research*, 12 :1, 1-14. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1742195> ★

Haute Autorité de Santé. (2022). *Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RDRD) dans les ESSMS, secteur personnes âgées*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218478/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rdrd-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms ★

Jönson, H., Højgaard-Bøytler, J. & Harnett, T. (2022). Finding a fair deal: Policies on alcohol and drugs at "wet" eldercare facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134 :108515. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108515> ★

Nations Unies, Organe International de Contrôle des Stupéfiants. (2021). Rapport annuel 2020. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/Annual_Report/E_INCB_2020_1_fre.pdf

3.1

RDR ET GENRE

Les structures de RDR ont tendance à accueillir moins de femmes que d'hommes. Si ce constat s'explique en partie par les différences de prévalence de l'usage de drogues entre les deux sexes⁴², les usagères de drogues ont des besoins complexes et spécifiques, corrélés à des vécus, des motivations, des usages, des risques et une approche de la santé différents. Il importe que la RDR y réponde, sous peine de trouver les femmes sous-représentées au sein des dispositifs.

Les risques que les usagères rencontrent sont de trois ordres. Outre les risques inhérents à toute consommation de produits psychotropes, la prévalence de certaines vulnérabilités apparaît actuellement proportionnellement plus forte chez les femmes que chez les hommes, en raison de facteurs multiples. La relation entre comorbidités psychiatriques et usage de drogues semble plus élevée chez les femmes. Or la population féminine sollicite

plus souvent que les hommes les psychotropes dans l'objectif de gérer un trouble dépressif, de l'anxiété ou un syndrome post-traumatique⁴³. La brièveté du soulagement et l'inadéquation de la pratique conduisent à augmenter la fréquence de la consommation et la quantité de drogues, exposant ainsi les personnes au risque de développer un usage problématique. Enfin, il existe des risques typiquement féminins. Certains produits ou leurs effets (manque de sommeil, malnutrition, occultation de la douleur) provoquent ou aggravent des problèmes gynécologiques (aménorrhée, sécheresse vaginale, irritations des muqueuses), dont certains peuvent exacerber la transmission des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). L'état de conscience modifié par l'effet d'un produit entraîne plus de rapports sexuels non désirés chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, les femmes sont de manière générale bien plus confrontées aux violences sexuelles que les hommes, avec des conséquences néfastes pour leur santé physique et mentale.

.....
42 Même si les hommes demeurent de plus grands consommateurs, les différences de consommation entre hommes et femmes tendent à s'amenuiser actuellement, surtout dans les catégories sociales aisées. En outre, contrairement à ce que l'on observe à propos des drogues illicites, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes.

.....
43 Mendrek, A. (2014). Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanies? *Santé Mentale au Québec*, 39(2), 57-47. <https://doi.org/10.7202/1027832ar> ★

Les représentations des rôles sociaux de la femme exercent de fortes pressions sur les usagères de drogues. L'assimilation de la modération à la féminité et de la prise de risque à la masculinité contribue encore à une très forte condamnation morale des femmes consommant de l'alcool et des drogues, et plus encore, de leurs comportements à risque. Cette stigmatisation s'accompagne de violence institutionnelle de la part de certains représentants des services de police, de la justice et de la santé.

La maternité est un autre facteur de culpabilisation : peur de ne pas réussir à gérer sa grossesse ou à prendre soin de ses enfants, conviction d'être jugée incompétente dans son rôle de mère, crainte de se voir retirer les enfants. Pour ces raisons, si certaines usagères s'approprient la transgression comme moyen d'affirmation identitaire, beaucoup redoutent d'être identifiées comme telles, se détournent des structures de santé ou ne signalent pas leur consommation chez le-la médecin généraliste ou chez le-la gynécologue.

UNE RDR OUVERTE AUX QUESTIONS DE GENRE⁴⁴

La Feda Bxl a récemment publié une synthèse de constats de terrain et de recommandations, quant à la thématique «Femmes, genre et assuétudes», le terme de «femmes» se voulant pleinement inclusif. Les premières pages soulignent l'invisibilisation du genre dans le champ des assuétudes : «l'usage de drogues et la criminalité qui y est associée est encore très souvent assimilée à une pratique masculine, et hormis pour les médicaments psychotropes, les femmes* sont perçues comme étant moins concernées par la consommation de drogues licites et illicites, comme le souligne des estimations récentes (Belgium Drug Report, 2019 ; World Drug Report, 2022). De ce fait, la plupart des enquêtes scientifiques menées sur le sujet portent sur des échantillons dans lesquels les hommes cisgenres sont largement surreprésentés, ce qui contribue à biaiser les connaissances autour de l'usage de drogues dans nos sociétés (Coppel, 2022; Hoareau, 2012; Neff, 2018).»⁴⁵

Afin de mieux approcher les personnes usagères de drogue, il convient d'intégrer les préoccupations de genre dans les

programmes de RDR. Ce travail porte ses fruits : le projet Alliance Ukraine montre une forte appropriation de l'approche genrée par le personnel (98 % reconnaissent ses bénéfices dans leur pratique) et le doublement de la fréquentation des femmes dans certains services ayant travaillé sur l'accueil des femmes (*Keeping women...*).

La première étape consiste à réaliser un état des lieux des situations rencontrées avec le public féminin et de mener une réflexion collective et individuelle au sein des équipes de RDR sur leurs propres représentations de la féminité et de la personne usagère de drogues, avec l'aide, si nécessaire, d'un intervenant extérieur spécialiste du sujet. Les connaissances peuvent être améliorées et les perceptions ajustées par le suivi d'une formation permettant de s'approprier les concepts liés aux questions genrées.

Les stratégies pour rompre l'isolement des personnes usagères prennent différentes formes. Il peut s'agir d'aller à la rencontre par un *outreach* ciblé ; de motiver les usagers fréquentant un programme de RDR à recruter des femmes ; d'installer des permanences chez des partenaires travaillant avec un public féminin (plannings familiaux, centres pour victimes de violence conjugale...) ou de sensibiliser ces partenaires à l'identification des usagères de drogues et à leur orientation. Une attention se porte par ailleurs sur l'implication des femmes parmi le personnel et parmi les pairs, notamment dans les positions de leadership.

En fonction des objectifs du programme, du public accueilli, des besoins et des avis

44 «On ne naît pas femme, on le devient» (Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, 1949) : si, à la naissance, tout individu possède un sexe biologique, le genre est une construction sociale des rôles, des attitudes, des activités et des qualités considérés comme appropriés selon le sexe. Ceux-ci diffèrent d'une société à l'autre, d'une époque à l'autre.

45 Feda Bxl (2023), Femmes*, genre et assuétudes : Synthèse des constats de terrain et recommandations de la Feda Bxl. <https://fedabxl.be/fr/2023/05/femmes-genre-et-assuetudes-constats-et-recommandations/> ★

des femmes, la mixité des activités, sa pertinence et ses limites, doit aussi être interrogée. Créer un espace sécurisant physiquement et émotionnellement peut nécessiter de réserver des plages horaires, des rencontres ou des espaces uniquement accessibles à certains groupes : on peut par exemple concevoir d'organiser des groupes spécifiquement dédiés aux femmes, ce qui induira qu'on en explique la raison aux personnes d'un autre genre. Pouvoir amener les enfants (ou du moins, ne pas être privé.e d'accès à cause de leur présence) permet de prévenir une démotivation ou une baisse de fréquentation liées à la parentalité. L'accès aux mineurs pose des questions d'éthique, qu'il convient de trancher en équipe. Les solutions de garde des enfants pendant les consultations nécessitent des capacités et des ressources en accueil. Si la prise en charge des enfants ne fait pas partie du programme, l'équipe peut anticipativement convenir de la démarche à suivre au cas où la situation se présente.

L'expérience de la violence est une réalité fréquente chez les femmes. Elle peut être un déterminant de la consommation de drogues. Elle peut aussi accompagner le vécu d'usagères. Travailler avec des victimes de violence nécessite l'acquisition de compétences en repérage des vécus de violence, de connaissances juridiques et des obligations légales. Collaborer avec des partenaires spécialisés dans l'accompagnement de victimes et d'auteurs de violence aide à fournir une RDR plus globale.

LES PERMANENCES POUR LES FEMMES À BRUXELLES

Le GT Genres de la Feda Bxl a réalisé un flyer et une affiche regroupant les horaires des permanences dédiées aux femmes au sein du réseau bruxellois drogues et addiction. Les noms, adresses et coordonnées des services y sont également repris.

> <https://fedabxl.be/fr/2024/11/permanences-dediees-aux-femmes/>

RENFORCER LA PLACE DE LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DANS LA RDR

Il est recommandé de former le personnel à aborder la santé sexuelle et reproductive, aussi bien avec les hommes qu'avec les femmes, à normaliser cette partie du travail afin que la RDR concernant les drogues et celle concernant le sexe soient mieux intégrées l'une à l'autre.

La relation de couple et la place du compagnon ou de la compagne par rapport à la consommation conditionnent cette dernière et la relation aux dispositifs de RDR chez les femmes, selon que l'autre est informé ou non, consomme, cautionne ou rejette, encourage ou dissuade. Les femmes sont de manière générale bien plus confrontées que les hommes aux violences sexuelles et physiques, avec des conséquences néfastes pour leur santé physique et mentale. Les usagères problématiques s'avèrent souvent sous l'emprise néfaste d'hommes, conjoints ou proxénètes (qui sont parfois la même

personne), ou de proches, et ont été ou sont victimes de violences conjugales ou intrafamiliales (UNODC, 2004). Le phénomène de «double dépendance» envers le produit et le conjoint est fréquemment observé par les services en contact avec les usagères problématiques (Fédération Addiction, 2016). L'introduction du conseil de couple dans les programmes de RDR, au sein des activités proposées dans les structures d'accueil, d'échange de matériel ou des salles de consommation par exemple, crée des opportunités de dialogue serein autour de la santé, de la relation et de l'usage de drogues. Repérer une situation éventuelle d'emprise ou de «double dépendance» nécessite d'adapter l'approche de la relation de couple.

RDR ET GROSSESSE

La grossesse d'une personne usagère de drogues est source de questionnements pour elle et pour le personnel de RDR à son contact. Certaines personnes n'utilisent pas les services de RDR durant cette période par manque d'orientation de la part du secteur périnatal ou par peur d'un encadrement de la grossesse trop exigeant.

EN AMONT DE LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE :

- › Assurer la personne usagère des avantages à être accompagnée durant sa grossesse
- › Réintroduire la parole autour de la grossesse et du projet de maternité
- › Informer régulièrement l'ensemble des usagers des programmes de RDR
- › Construire des partenariats avec des professionnels des maternités, du périnatal, des gynécologues et des sage-femmes afin d'éviter les prises en charge urgentes et chaotiques.

QUAND UNE USAGÈRE DE DROGUES FAIT PART D'UNE GROSSESSE :

- › Respecter son choix de la poursuivre ou de l'interrompre
- › La guider dans les démarches adéquates.

SI L'USAGÈRE SOUHAITE MENER LA GROSSESSE À TERME :

- › Évaluer sa santé, sa consommation, ses besoins socio-économiques et le contexte de survenue de la grossesse
- › Informer des risques et des options thérapeutiques, pour elle et son bébé
- › Accompagner, en équipe pluridisciplinaire et en partenariat avec la maternité et les services périnataux
- › Viser à stabiliser, réduire ou arrêter la consommation, en fonction de l'évaluation préalable
- › Avec les personnes usagères d'opiacés, privilégier le traitement agoniste opioïde à l'abstinence, afin d'éviter les rechutes
- › Veiller aussi à assurer une amélioration de la situation socio-économique, si nécessaire

Si la situation le permet, l'association du co-parent au processus d'accompagnement est un atout.

CONCERNANT LE BÉBÉ :

- › Prévenir l'état de manque chez le.a parent.e
- › Prévenir un syndrome de sevrage néonatal ou un syndrome d'alcoolisation fœtale
- › Définir en équipe des préconisations communes en matière d'allaitement.

RDR ET TRANSIDENTITÉ

La RDR spécifique au public transgenre reste peu documentée et évaluée : le croisement entre transidentité et drogue lui-même est largement ignoré, à l'instar du «Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans», remis en janvier 2022 au ministre français des Affaires sociales et de la Santé, et dans lequel il n'y a aucune occurrence des mots «drogue», «alcool», «addiction», ou encore «assuétude». La littérature anglo-saxonne s'est récemment davantage intéressée à la question, ce qui semble pertinent au vu des besoins spécifiques vécus par les personnes transgenres faisant usage de drogues (voir Bracke S., 2021).

Notons donc qu'il est nécessaire pour le personnel de RDR qui conseille un public transgenre d'être formé aux questions socio-sanitaires spécifiques à ce public et de tenir compte des interactions possibles entre usages de drogues et traitement hormonal substitutif le cas échéant. Le foie étant particulièrement sollicité par le traitement, une réflexion sur l'endommagement de cet organe et sur sa préservation doit être menée, en particulier en cas d'usage d'alcool et d'héroïne⁴⁶.

.....
⁴⁶ Les produits de coupe de l'héroïne peuvent entraîner une obturation des veinules qui alimentent le foie. En outre, chez les usagers injecteurs, le risque de transmission des hépatites est élevé.

RDR ET TRAVAILLEUR·SES DU SEXE

Les travailleur·ses du sexe (TDS) qui consomment des drogues font partie des populations cachées, peu en contact avec les services de RDR à cause de la peur du jugement, de leur mode de vie nocturne et mouvant ou par absence de connaissance de leurs droits*. La diversité culturelle du public concerné est très forte, ce qui nécessite l'emploi de nombreuses langues par les travailleurs sociaux, telles que français, anglais, roumain, bulgare, espagnol, portugais, etc. Ces mêmes travailleurs sociaux doivent aussi être formés à intervenir face à des situations telles que le dévoilement d'une situation d'abus sexuel pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, et le trauma qui l'accompagne ; la traite d'êtres humains ; l'absence de logement ; l'absence de droits de séjours et l'espoir de s'insérer dans le pays d'accueil ; le fait que certains travailleurs du sexe soient mineurs ; etc. Les travailleurs sociaux doivent donc cumuler de nombreuses connaissances spécifiques et complémentaires.

Un outreach continu et proactif, intégré au sein d'une démarche holistique, évitant la fragmentation des services et la confusion des usagers, est une condition indispensable pour construire des relations de confiance et durables avec ce public.

QUELLE APPROCHE ?

- › Bonne connaissance de la scène (salon de massage, sauna, sex club, strip club, rue, internet...)
- › Sélection des meilleures opportunités de contact (horaire, conditions environnementales, disponibilité des prostitué·e·s...), dans le contexte interne ou externe au travail du sexe
- › Inclusion d'au moins une femme intervenante dans l'outreach
- › Lors du contact initial, explication claire des objectifs, et de la confidentialité de la démarche, notamment vis-à-vis de la police (une offre immédiate de préservatifs est un moyen d'introduction clair)
- › Aucune interférence lors du «business»
- › Nécessité d'être patient, persévérant et honnête vis-à-vis des limites face aux méfiances du public
- › Carte avec nom de l'intervenant, adresse et numéro du service pour pouvoir recontacter, après réflexion ou en cas de besoin
- › Tenir compte des personnes influentes (tenanciers de bar, réceptionnistes d'hôtels de passe...)
- › Se faire connaître de la police, et collaborer lors de difficultés de vivre ensemble afin que les travailleurs sociaux puissent proposer un dialogue

QUEL MATÉRIEL ?

- › En plus du matériel habituel de la RDR, préservatifs masculins, féminins et le

lubrifiant, sets de démonstration de pose de préservatifs, produits d'hygiène intime, lingettes, quelques sous-vêtements pour des situations d'urgence, tests de grossesse, brochures de centres pour victimes de violences sexuelles, eau et crème solaire lors des périodes de canicule, et chauffe-mains réutilisables, écharpes, gants, et boissons chaudes lors des périodes de gel.

- › Informer les TDS sur leurs droits et les orienter face aux situations d'exploitation sexuelle et de violences

QUE FAIRE FACE AUX SITUATIONS DIFFICILES ?

- › Poser en amont des limites et des règles claires, les discuter en équipe quand elles sont éprouvées et anticiper les réactions à suivre en cas de rencontre avec un·e TDS hors du contexte de RDR, de situation de violence, de descente de police, etc.
- › Prévenir le traumatisme vicariant par la supervision, le groupe de paroles et des plages horaires permettant la mise à distance avec les situations rencontrées et les émotions qu'elles peuvent susciter
- › Pour les situations d'urgence nécessitant une prise de décision rapide :
 - anticiper les scénarios
 - nommer un référent en situation de crise
 - ne pas mettre les intervenants face à des situations pour lesquelles ils ne sont ni formés, ni équipés

* Voir également «3.3. RDR et minorités ethniques»

POUR EN SAVOIR PLUS

Bracke, S. (2021, July 19). Non-binary people who use drugs are an underserved group at high risk of harm. *Blog BMJ Sexual & Reproductive Health*. Consulted on September 5, 2024, from <https://blogs.bmj.com/bmj/srh/2021/07/19/non-binary-people-who-use-drugs-are-an-underserved-group-at-high-risk-of-harm/> ★

Cotaina, M., Peraire, M., Boscá, M., Echeverria, I., Benito, A., & Haro, G. (2022). Substance use in the transgender population: A meta-analysis. *Brain Sciences*, 12(3), 366. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030366> ★

Eurotox & Modus Vivendi. (2010). *Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région Wallonne*. <https://eurotox.org/2011/07/05/Inrecherche-action-sur-les-besoins-et-loffre-de-services-a-destination-des-usagers-de-drogues-par-injectionnr-financee-par-la-region-wallonne/> ★

Feda Bxl. (2023). Femmes, genre et assuétudes : Synthèse des constats de terrain et recommandations de la Féda Bxl. <https://fedabxl.be/fr/2023/05/femmes-genre-et-assuetudes-constats-et-recommandations/> ★

Fédération Addictions. (2016). *Femmes et addictions: Accompagnement en CSAPA et en CAARUD*. Repères, France. <https://www.federationaddiction.fr/actualites/guide-femmes-et-addictions/> ★

International HIV/AIDS Alliance. (2013). *Keeping women who use drugs healthy: Alliance Ukraine's experience integrating HIV, harm reduction and sexual and reproductive health programming*. ★

Mendrek, A. (2014). Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanies ? *Santé Mentale au Québec*, 39(2), 57-47. <https://doi.org/10.7202/1027832ar> ★

Ruppert, R., Kattari, S. K., & Sussman, S. (2021). Review: Prevalence of addictions among transgender and gender diverse subgroups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8843. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168843> ★

UK Network of Sex Work Project. (2008). *Working with sex workers: Outreach*. ★

L'adolescence est une période de construction identitaire, durant laquelle le jeune expérimente, transgresse et prend des risques alors qu'il est particulièrement influencé par ses pairs. Ce moment expose les jeunes à l'expérimentation de produits psychotropes, tels que le cannabis et l'alcool. L'usage occasionnel, y compris le premier contact avec le produit, n'est pas exempt de risques. En outre, si l'usage est généralement récréatif à la base, dans certains cas, et en fonction de certains facteurs de risque (conflits familiaux, confrontation à l'échec scolaire ou à un parcours professionnel chaotique, compétences psychosociales lacunaires, abus sexuels, influence des pairs, etc.), l'usage du produit peut progressivement dévier du contexte récréatif initial, exposant fortement le jeune au risque de dépendance et au développement de certaines pratiques à risque. Enfin, bien que l'expérimentation fasse pleinement partie de l'adolescence, une survenue trop précoce ou un usage régulier des drogues n'est pas souhaitable. Cette consommation peut en effet affecter le développement biologique, cognitif et psychosocial de l'adolescent, engendrer des troubles de santé mentale, et compromettre son parcours scolaire.

.....
 47 La catégorie «jeune», selon les Nations Unies, désigne la population âgée de 15 à 24 ans. Elle

Bien que la RDR semble pertinente avec un public peu réceptif à l'idéal d'abstinence ou à la prévention par la peur, elle est sujette à controverse avec les mineurs, en raison de leur âge, de leur vulnérabilité et de leur manque d'autonomie. Elle doit tenir compte des principes éthiques et de la législation en matière de Protection de l'enfance. La Convention des droits de l'enfant reste cependant abstraite sur la protection des enfants face aux drogues : elle reconnaît la priorité de la famille dans la guidance, la capacité des enfants et

.....
 désigne ici essentiellement les mineurs d'âge.

des adolescents à intervenir dans les décisions qui les concernent mais elle reste floue sur ce qui relève des moyens d'action. En revanche, elle revendique catégoriquement le droit pour les enfants à accéder au plus haut standard de santé. En 2003, le comité des Nations Unies a d'ailleurs pris acte de la déficience de la prévention du VIH chez les UDI mineurs et a recommandé l'intensification des programmes de RDR qui les concernent.

ÉVALUER LA CAPACITÉ D'UN MINEUR D'ÂGE À DONNER SON CONSENTEMENT

- > Est-ce que le jeune est déjà dans une pratique ou un environnement à risque ?
- > Est-il susceptible de reproduire le comportement à risque ou de rester dans un environnement à risque ?
- > Comprend-il ce qui lui est conseillé et suggéré en terme de matériel ou de services, et la logique sous-jacente ?
- > Est-ce que sa santé physique et mentale est menacée si le service ou le matériel n'est pas procuré ?
- > Ses intérêts sont-ils respectés en offrant ce matériel ou ce service ?

Si la réponse à chacune de ces questions est positive, le service devrait être prodigué. Il importe de déterminer anticipativement les questions à poser au jeune et les preuves attendues pour justifier l'évaluation.

International HIV/AIDS Alliance, Harm Reduction International, Save the Children, Youth Rise, *Step by step. Preparing for work with children and young people who inject drugs*, 2015.

UNE RDR POUR LES JEUNES

Au sein d'une équipe de RDR préexistante, avant la création d'un programme à destination des mineurs, il convient d'évaluer à la fois les enjeux éthiques, administratifs, légaux et cliniques, ainsi que leur impact potentiel sur la structure, le personnel et le travail au quotidien, afin de mesurer le risque pour l'usager à fréquenter le service, mais aussi le risque pour la structure et pour le personnel (fermeture, perte de subsides, poursuite en justice). Les responsabilités des uns et des autres doivent être établies.

S'assurer de la faisabilité du projet nécessite aussi de travailler sur les valeurs partagées par l'équipe, ses attitudes, ses connaissances et ses compétences, et de combler les lacunes éventuelles. Pour chaque type d'actions (testing, TAO, distribution de matériel de RDR et de santé sexuelle, animations...), il est nécessaire d'évaluer l'âge du public, le degré ou la fréquence de l'usage, la stabilité ou l'augmentation des risques, le contexte général de l'usage de drogue, les autres services auxquels les jeunes ont accès. Il convient de se positionner également sur la limite d'âge et par rapport à d'autres lois qui encadreraient les activités envisagées.

Les points de contact avec les jeunes doivent se situer dans des lieux opportuns et proximaux : réseaux scolaires, maisons de jeune, aide aux jeunes en milieu ouvert... L'outreach est en effet un enjeu important dans l'approche de ce public et dans la détection précoce des usages problématiques, au-delà de ceux visibilisés uniquement sur base d'une décision judiciaire. L'approche peut être individuelle

ou collective, mais, dans les deux cas, elle gagne à proposer un dispositif réservé aux mineurs : cela permet d'éviter un effet de banalisation de leur consommation et de maintenir une différenciation entre le travail avec les adultes et les plus jeunes, aussi bien pour le public que pour les professionnels.

Face à la spécificité des enjeux biologiques et psychosociaux de l'adolescence, le personnel veille à combiner une expertise en addictologie et en connaissance de l'enfant et de l'adolescent (processus de formation identitaire, différentes étapes du développement) afin d'intervenir de manière adaptée, en fonction de leurs besoins et de leur évolution. Lors du contact avec le public, afin d'assurer la crédibilité de l'intervenant et la réussite de l'intervention, il est conseillé d'éviter le syndrome de «l'adulte qui sait». Le public jeune est peu perméable à des messages à sens unique, lui dispensant un savoir qu'il doit assimiler passivement en raison de son manque d'autonomie. Il importe donc de partir des préoccupations, des expériences et des attentes des jeunes, et de les impliquer de manière dynamique. L'accent sur les risques à court terme ainsi que sur les bénéfices immédiats et concrets de la RDR sera privilégié : pour ce public, des conséquences sanitaires futures, si graves puissent-elles être, paraissent fort abstraites.

Les interventions agissent surtout sur l'information, le repérage et la réduction des risques, le développement de compétences psychosociales, comme la capacité à prendre des décisions ou l'estime de soi. Les interventions individuelles sont à favoriser avec les jeunes en grande difficulté, nécessitant une approche personnalisée,

dans un environnement sécurisant, en fonction des facteurs qui influencent leur consommation. Lors des approches collectives, travailler avec de petits groupes, relativement homogènes quant à leur expérience de consommation, permet d'éviter les phénomènes d'interférences ou d'«entraînement à l'usage» qui peuvent se produire avec des adolescents plus âgés, plus expérimentés, lorsqu'ils raillent les questions de leurs camarades, partagent des vécus dont ils font l'apologie ou narguent l'animateur. Le personnel doit être sensibilisé à ces phénomènes, formé à les repérer et à les enrayer.

Ces dispositifs mettent également l'accent sur le développement de la confiance en soi et de la confiance réciproque entre travailleurs et usagers, afin de les aider à prendre les bonnes décisions. Ils encouragent ces derniers à demander des conseils et de l'aide au personnel. Celui-ci doit être capable d'évaluer la capacité d'un jeune à poser des décisions et à faire des choix pour sa santé et à donner son consentement. Il s'agit d'un travail complexe, qui doit être considéré avec rigueur et précaution.

RDR À L'ÉCOLE : LE PROJET SHAHRP

Ce projet britannique consiste à intégrer la prévention et la RDR liés à la consommation d'alcool dans les classes de l'enseignement secondaire, aux moments critiques précédant et suivant le début de la consommation (13 à 15 ans). Deux phases d'une dizaine de cours chacune, espacées d'un an, procurent à l'ensemble des élèves un enseignement interactif sur les capacités

de décision et sur des stratégies de RDR appropriées. Les activités, diversifiées, sont dispensées par les enseignants et le personnel encadrant et soutenues par un manuel réservé aux étudiants. L'école a été privilégiée car elle offre un contact direct avec tous les jeunes, sans distinction, dans un environnement dédié à l'apprentissage. Outre une formation spécifique, le personnel scolaire dispose d'un manuel lui proposant des leçons structurées et détaillées et des conseils en animation de groupes. Ce projet fait l'objet d'une évaluation longitudinale, qui met en évidence un effet positif immédiat et différé sur la consommation d'alcool, sur la consommation nocive, et sur la survenue de dommages liés à l'usage d'alcool.

ÉCHANGE DE MATÉRIEL D'INJECTION AVEC LES MINEURS

23 % des injecteurs ont débuté leur consommation avant 18 ans (Nice guideline, 2014). Or les jeunes injecteurs rencontrent plus de risques que leurs aînés : ils recourent plus souvent à des seringues usagées, sont plus susceptibles de se faire injecter par autrui, sont plus souvent les derniers à s'injecter lors de consommation en groupe, et se tournent plus facilement vers la prostitution pour payer leur consommation.

Le dispositif pour jeunes injecteurs doit assurer un équilibre entre la fourniture de matériel et le devoir de les protéger en tenant compte de la capacité du jeune à consentir, les risques auxquels ils font face et les bénéfices des services utilisés. Un

réfèrent, interne ou externe, en droits de l'enfant est un atout. Outre les pratiques mises en place habituellement avec les adultes, l'offre de service gagne à s'élargir et à répondre aux autres besoins socio-sanitaires, par exemple en cartographiant les services complémentaires utiles et en développant des partenariats avec eux. À l'approche de la majorité de l'usager ou de l'âge limite fixé par le service, le dispositif facilite la transition vers les services pour adultes.

Au vu des réactions émotionnelles que la confrontation à des jeunes injecteurs peut susciter, il est vivement recommandé de considérer l'impact sur le personnel (inquiétudes, dilemmes, questions éthiques) et de proposer du soutien par le biais de groupes de parole entre collègues ou de la supervision.

Voir aussi les parties 2.1, 2.4, 2.5 et 3.1

POUR EN SAVOIR PLUS

City of Oslo Alcohol and Drugs Addiction Service. (2011). *Working with young people at risk: A practice manual to early intervention, outreach, peer work, focus group, motivational interview*. Oslo: Competence Centre.



Couteron, J.-P. (2016). Les Consultations jeunes consommateurs (CJC): L'intervention précoce pour répondre aux conduites addictives des jeunes. *VST - Vie Sociale et Traitement*, 1(129), 7-11. <https://shs.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2016-1-page-7?lang=fr> ★

International HIV/AIDS Alliance, Harm Reduction International, Save the Children, & Youth Rise. (2015). *Step by step: Preparing for work with children and young people who inject drugs*. <https://hri.global/publications/step-by-step-tookit-2/> ★

National Drug Research Institute. (n.d.). *School Health and Alcohol Harm Reduction Project: An evidence-based program to reduce alcohol related harm in young people*. Retrieved from https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange/school-health-and-alcohol-harm-reduction-project-shahrp_en ★

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Needle and syringe programmes*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph52> ★

RDR ET MINORITÉS ETHNIQUES

La migration ou l'ethnicité comme critères de définition d'un groupe à risque à l'usage de drogues fait débat. Les minorités ou les migrants ont intrinsèquement les mêmes besoins que n'importe quel usager et la représentation des minorités ethniques dans les groupes vulnérables à l'usage de drogues (jeunes, milieu de rue) ne semble pas découler de la culture ou de l'origine mais plutôt de leur expérience de l'exclusion sociale, des discriminations et de leurs impacts psychologiques (De Kock *et al.*, 2016). Par ailleurs, la désignation de «minorités ethniques» recouvre une réalité aux multiples facettes : elle englobe des langues, des nationalités, des cultures différentes ; certains publics ont immigré récemment, d'autres depuis plusieurs années ou sont issus des deuxième ou troisième générations ; le statut de leur séjour varie fortement (Européens, extra-Européens, migrants en situation régulière, réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire, demandeurs de séjour ou d'asile, sans-papiers...). À ces cas de figures distincts correspondent des situations spécifiques. Par exemple, les personnes en situation irrégulière subissent une insécurité administrative et économique importante. Elles sont d'ailleurs susceptibles d'être victimes de traite ou de trafic des êtres humains, soit parce qu'elles sont arrivées sur le

territoire par des filières spécialisées dans ce type de délits, soit parce que la clandestinité et l'absence de revenus sur le territoire les rendent particulièrement vulnérables.

Concernant l'usage de drogues, les études montrent que les minorités ethniques ne semblent pas exposées à des risques vraiment différents que ceux relevés tout au long de ce livret, même si l'usage de certains produits varier en comparaison avec la population générale (voir encart sur la prégabaline). En revanche, elles insistent sur les mécanismes psychosociaux qui peuvent favoriser l'usage de drogues et la survenue des risques associés : pression sociale liée à la conformité à la communauté, discriminations professionnelles ou scolaires, difficulté économique, intégration sociale variable, stress de l'acculturation, isolement communautaire, racisme... Notons également que les migrants sont souvent dans un état de santé mentale fragile à la suite d'un trauma vécu dans le pays d'origine, durant le trajet mais aussi dans le pays de destination. Les usagers problématiques de drogues issus des minorités témoignent d'une capacité de résilience peu élevée face à ces épreuves, qui déstabilisent leur équilibre psychologique et augmentent les risques

de dépression et de stress chronique (De Kock *et al.*, 2016).

Enfin, différents facteurs freinent la rencontre des usagers de drogues issus des minorités et des structures d'aide, y compris celles qui proposent de la RDR. Un manque de connaissance des services existants, du système de santé en général, la clandestinité, l'exclusion sociale, les barrières linguistiques, mais aussi le manque de structures et de moyens adaptés aux personnes migrantes, sont autant de facteurs qui entravent leur accès aux services disponibles. Certaines différences et tabous culturels peuvent aussi entraver cet accès, et engendrer parfois une incompréhension mutuelle. Par ailleurs, les migrants présentent un manque important de connaissances de leurs propres droits, notamment en matière d'accès aux soins de santé.

USAGE DÉTOURNÉ DE PRÉGABALINE

La prégabaline (Lyrica® et ses équivalents génériques) fait partie, comme la gabapentine (Neurontin®), de la famille des gabapentinoïdes. Il s'agit d'un médicament utilisé dans le traitement des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et des troubles anxieux généralisés, parfois aussi hors-indication pour le traitement de douleurs lombaires chroniques ou des douleurs radiculaires.

L'usage détourné de ce médicament est documenté en Europe depuis 2009. (EMCDDA, 2010). La prégabaline a en effet des propriétés euphorisantes, relaxantes et désinhibantes, en particulier lorsqu'elle est consommée à dose élevée, en sniff ou injection, et/ou en association avec d'autres dépresseurs (opiacés, alcool, benzodiazépines...). Le mésusage augmente le risque de dépression respiratoire et de troubles du rythme cardiaque, et son usage est associé à une augmentation des idées suicidaires et des passages à l'acte, des accidents de la route, et de l'agressivité (pour une revue de la littérature, voir Evoy *et al.*, 2021).

En Belgique, les premières observations d'usage détourné ont été faites en 2016-2017 par des associations travaillant avec le public migrant : cette molécule semble avoir été largement prescrite sur les routes migratoires pour traiter les troubles anxieux et les états de stress post-traumatique. Depuis 2020, différents signalements évoquent une augmentation du mésusage au-delà du public migrant. Un trafic de rue semble s'être développé, sur base de surprescriptions et du «shopping» réalisé par certains patients auprès de différents médecins. Différentes collaborations ont permis de confirmer l'amplification de la problématique, de lancer un appel à la vigilance (auprès des prescripteurs, des pharmaciens et des professionnels du secteur), et de proposer des outils pratiques.

> <https://eurotox.org/2022/01/28/usage-et-mesusage-de-pregabaline-lyrica-appel-a-la-vigilance/>

RECOMMANDATION À L'ATTENTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Extrait de la fiche proposée par Lou Richelle, en collaboration avec Eurotox.

- > Pratiquer une **anamnèse** médico-psychosociale approfondie
- > **Ne pas prescrire** une posologie > à **600 mg** de prégabaline par jour
- > **Ne pas prescrire trop rapidement** – le sevrage peut être dangereux : prévoyez un arrêt dégressif (1 semaine min.)
- > Être particulièrement attentif à un **public cumulant les vulnérabilités** (migrants, personnes marginalisées, usagers de drogues, ...)
- > Prendre en compte les **facteurs de risques**
- > Favoriser un **accompagnement multidisciplinaire**
- > Attention aux **poly-consommations** actives : vigilance accrue avec les dépresseurs du SNC (potentialisation)
=> les opiacés, benzodiazépines, alcool ...
- > Être prudent-e chez les **personnes âgées**, les patient-e-s diabétiques, les patient-e-s souffrant d'insuffisance rénale, de pathologie neurologique, respiratoire ou cardiaque
- > À éviter chez la **femme enceinte et allaitante**

INTÉGRER LA DIVERSITÉ

D'un point de vue strictement linguistique, de nombreuses applications sur smartphone ou internet permettent à présent de tenir des conversations dans de nombreuses langues, bien que le contenu soit limité et les erreurs de traduction possibles. Mais adapter le programme de RDR afin de le rendre plus accessible implique d'intégrer, au-delà de la diversité linguistique, la différence culturelle et de prendre en considération les vulnérabilités psychosociales susceptibles de toucher les usagers. Il est aussi important de connaître la prévalence de certaines maladies infectieuses dans le pays d'origine, notamment des hépatites et du VIH, afin de pouvoir faire un travail de réduction des risques le plus exhaustif possible. Le dépistage joue un rôle crucial avec les migrants de pays où la prévalence

des hépatites ou du VIH est très élevée (par exemple, un usager géorgien ayant fait de la prison a un risque élevé d'être infecté). Une évaluation des besoins, menée avec les services travaillant avec les personnes migrantes et avec les différentes communautés présentes sur le territoire, permet de cibler les angles d'approche et de définir les actions pertinentes à mener.

Un programme de RDR doit lui-même lutter contre les discriminations internes. Si nécessaire, un travail avec le personnel sur les stéréotypes, couplé à un travail d'appropriation d'informations objectives et rationnelles sur les cultures, peut être envisagé. Incorporer la diversité peut être facilité par l'engagement de personnel issu des minorités.

Des compétences culturelles sont également requises. Elles peuvent s'acquérir

par le biais de formations de l'équipe ou par le recrutement de travailleurs spécialisés en interculturel, d'interprètes et/ou de médiateurs culturels. Un travail avec des médiateurs interculturels a une réelle valeur ajoutée pour le contact, la confiance, la communication et la référence vers des services en tout genre. Toutefois, il est nécessaire de familiariser les interprètes ou les médiateurs à la RDR et à ses principes, de les préparer au non-jugement, à l'approche objective, à la confidentialité, ainsi qu'au consentement éclairé, et de leur formuler des besoins clairs leur permettant de mener leur intervention. Il est recommandé de privilégier l'intégration du personnel culturel sur le long terme, de leur faire sentir qu'ils font partie de l'équipe et de reconnaître leur besoin de supervision. Le recours à des interprètes ou à des médiateurs nécessite d'allonger la durée

ERRANCE ET MINEURS ÉTRANGERS NON ACCOMPAGNÉS (MENA)

À Bruxelles, le quartier de la gare du Midi concentre, depuis longtemps, des problématiques socio-sanitaires aiguës, relevant entre autres du sans-abrisme, de l'usage de drogues, ainsi que de l'errance. Ces dernières années, une attention a été portée vers de jeunes consommateurs de drogues, en errance, et fortement présents autour de ce lieu: une recherche collaborative et de nombreux entretiens ont donc été menés afin de mieux connaître ce public et d'extraire des guidelines à destination des professionnels en contact avec ces publics.

Dans de nombreux cas, le statut administratif de ces personnes n'a pas pu être clairement défini, et il pouvait s'agir de personnes ne relevant pas de l'acronyme "MENA". Les guidelines se focalisent dès lors sur un public plus large que les MENA, à savoir les "jeunes isolés usagers de substances psychoactives". Quoi qu'il en soit, ces jeunes cumulent des problématiques, puisqu'à l'éventuel statut d'"illégal" et à la possible dépendance à des substances, ils s'avèrent fréquemment vivre sans chez soi, être vulnérables psychologiquement, et en mauvaise santé, notamment suite à leur vie à la rue. Certains souffrent d'un stress post-traumatique, potentiellement lié à leur migration ou aux causes de leur migration, ou de comportements d'auto-mutilation. En ce qui concerne les substances consommées, il s'agit pour la grande majorité de tabac et cannabis, mais aussi de produits à inhaler tels que solvants et gaz, et de médicaments tels que benzodiazépines et prégabaline. L'accroche avec ce public est difficile et l'établissement du lien de confiance nécessite de garantir l'anonymat, de disposer d'un espace de discussion sécuritaire, et souvent de recourir à un médiateur culturel, ou du moins à un traducteur. L'offre de soins doit être nécessairement globale et ne peut omettre des fondamentaux tels que vaccinations et examens généraux d'ordre médical et psychologique, sans oublier forcément le relevé des usages problématiques de substances (Projet Lama *et al.*, 2024).

de l'intervention de RDR, inévitablement ralentie par la traduction simultanée.

Le travail d'intégration des langues et des cultures passe aussi par l'adaptation du matériel de RDR, par la traduction dans les langues vernaculaires fréquemment rencontrées et par la présence de pictogrammes universels, voire par l'organisation d'activités dans la langue maternelle des usagers.

METTRE EN CONFIANCE

Un public qui a peu d'expérience avec le système de santé d'un pays ignore les droits auxquels il peut prétendre, le mode de fonctionnement de ce système et la confiance qu'il peut lui accorder. Or il peut ressentir des craintes importantes sur les coûts, sur les risques judiciaires et sur les impacts de la fréquentation de certains services sur son statut de migrant ou sur

sa demande de séjour. En outre, malgré l'existence des droits à la santé, l'accès aux soins comporte des difficultés effectives, en particulier pour les personnes en séjour irrégulier ou pour les demandeurs d'asile ne résidant pas en centre. L'information, la mise en confiance et l'accompagnement dans les procédures représentent dès lors des enjeux essentiels.

TYPE D'INTERPRÈTES	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Professionnel, en face-à-face	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension étendue > Instauration d'un vrai dialogue 	<ul style="list-style-type: none"> > Interférence potentielle dans la discussion > Réaction verbale ou non-verbale au contenu, en particulier si le professionnel est choqué
Professionnel par vidéoconférence	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension étendue > Forme de distance via l'écran intéressante pour garder le lien avec le travailleur social > Économie d'échelle (pas de déplacement de l'interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> > Planification des entretiens
Professionnel, au téléphone	<ul style="list-style-type: none"> > Anonymat > Économie d'échelle (pas de déplacement de l'interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> > Lent > Coût des entretiens téléphoniques (même si certaines apps offrent des alternatives) > Risque de mécompréhensions
Médiateur-riche culturel-le	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension de la langue et de la culture 	<ul style="list-style-type: none"> > Malaise de certains migrant-e-s de s'exprimer devant quelqu'un de leur communauté à cause des tabous, de la confidentialité
Pair	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension des enjeux liés à l'usage de drogues dans le contexte, dans la communauté de l'usager-ère 	<ul style="list-style-type: none"> > Formation nécessaire > Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale
Famille/amis	<ul style="list-style-type: none"> > Confiance > Utilité en l'absence d'interprète 	<ul style="list-style-type: none"> > Manque de neutralité > Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale > Si personnes clandestines ou victimes de traite, incertitude sur la nature de la relation et sur la bienveillance de cette personne (à éviter) > Éviter de donner un rôle de traduction à un enfant ou à un-e adolescent-e (risque de parentification)
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> > Confiance > Utilité en l'absence d'interprète > Accès simultané aux deux membres du couple 	<ul style="list-style-type: none"> > Manque de neutralité > Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale > Si personnes clandestines ou victimes de traite, incertitude sur la nature de la relation et sur la bienveillance de cette personne (à éviter)

Il est important de mettre en avant la politique de confidentialité du programme et de bien en informer les usagers, en particulier avec les victimes de traite et de trafic, les sans-papiers et les demandeurs d'asile. Cette confiance s'obtient plus facilement par les initiatives de contact et de proximité avec les communautés concernées. Par exemple, il est envisageable de négocier avec des relais reconnus dans les communautés, comme les associations d'institutions religieuses ou les centres culturels communautaires, la diffusion d'une information sur l'existence des services de RDR. Le support par les pairs joue aussi un rôle très important. Il est extrêmement utile de les solliciter pour repérer et orienter d'autres usagers vers les structures, et pour dispenser des conseils de RDR qu'ils ont pu s'approprier. Dans le cas de victime de traite des êtres humains, si les exploiters cherchent à les isoler des dispositifs, il est conseillé de maintenir le lien en persistant *a minima* dans l'offre de matériel en *outreach*.

L'ouverture à la diversité peut aussi se manifester au sein des dispositifs de RDR par la présence de magazines en différentes langues dans les salles d'attente, l'utilisation de dictionnaires, voire l'apprentissage par l'ensemble du personnel d'un vocabulaire de base facilitant la présentation et le premier contact. Si ces éléments peuvent sembler relever du détail, ils contribuent à la création d'une ambiance accueillante.

POUR EN SAVOIR PLUS

De Kock, C., et al. (2016). *Usage de substances et recours aux services de traitement de la dépendance chez les personnes issues de l'immigration (PADUMI)*. https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR69_Resume.pdf ★

De Kock, C., et al. (2020). *Migrants et minorités ethniques : Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues*. Gompel & Svacina. <https://biblio.ugent.be/publication/8641958> ★

De Kock, C. (2020). *Responding to drug-related problems among migrants, refugees and ethnic minorities in Europe: Background paper commissioned by the EMCDDA*. https://www.euda.europa.eu/drugs-library/responding-drug-related-problems-among-migrants-refugees-and-ethnic-minorities-europe_en ★

EUDA. (2023). *Migrants and drugs: health and social responses*. Retrieved from https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/migrants-and-drugs-health-and-social-responses_en ★

Eurotox. (2022). *Usage et mésusage de prégabaline (Lyrica®) : Appel à la vigilance*. Retrieved from <https://eurotox.org/2022/01/28/usage-et-mesusage-de-pregabaline-lyrica-appel-a-la-vigilance/> ★

Projet Lama, et al. (2024). *Guidelines de prise en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives*. <https://www.projetlama.be/wp-content/uploads/2024/05/Guideline-Mena-Correc-1.pdf> ★

Richelle, L., & Hogge, M. (2023). Mésusage de prégabaline en Belgique francophone : Enquêtes de terrain. *Revue médicale de Bruxelles*, 44(2), 123-129. <https://www.amub-ulb.be/revue-medicale-bruxelles/4420> ★

Richelle, L., & Hogge, M. (2022). *Recommandations concernant la prégabaline (Lyrica®)*. Eurotox. <https://eurotox.org/2022/06/27/recommandations-concernant-la-pregabaline-lyrica/> ★

UK Network of Sex Work Projects. (2008). *Working with Migrants Sex Workers*.

RDR ET CHEMSEX

Le chemsex est un terme inventé par David Stuart (2019) et popularisé par la communauté gay et les acteurs de santé britanniques pour désigner l'usage de drogues dans un contexte sexuel, qu'il soit privé ou dans des lieux de consommation sexuelle. À la recherche d'une désinhibition, d'une augmentation du plaisir, de la libido et de la performance sexuelle, certaines personnes se tournent vers les cathinones de synthèse (dont la méphredone), la méthamphétamine, la kétamine, le poppers, la cocaïne et le GHB/GBL, souvent accompagné(s) d'alcool. La pratique n'est pas nouvelle (les premières études qui en rendent compte datent du début des années 2013-2014) mais tend à se répandre, en particulier à travers les applications de rencontres en ligne ou géolocalisées. Pourtant, on ignore encore beaucoup du chemsex et la réduction des risques propre à ce phénomène est en construction. Le Royaume-Uni a été moteur dans cette évolution, après que la sirène d'alarme a été tirée par différents acteurs socio-sanitaires. Les statistiques du centre anglais de RDR Antidote, dédié au public LGBTQIA+⁴⁸, sont évocatrices : en 2005, seuls 3 % des usagers venaient pour une consommation de crystal meth,

48 LGBTQIA+ désigne les lesbiennes, gays, bisexuel-le-s, transgenres, queers et autres.

de méphredone ou de GHB/GBL, contre 85 % en 2012 (Stuart D., 2013). Un autre enjeu sanitaire est la prévalence du chemsex chez les personnes vivant avec le VIH.

Si la pratique du chemsex n'entraîne pas forcément d'usage problématique de drogues, les risques que peut provoquer le chemsex sont variés : ils découlent de la fréquence des «plans chem», du type d'usage de drogues, des pratiques sexuelles, de leur association et des conditions dans lesquelles ils surviennent. Un «plan chem» pouvant durer de plusieurs heures à plusieurs jours, c'est autant de risques de multiplier les consommations, les partenaires et d'épuiser le corps. Les risques liés aux drogues consommées sont multiples. Les risques principaux liés aux cathinones sont digestifs et cardiovasculaires, pouvant conduire à l'infarctus du myocarde, ainsi que le développement d'un *craving* marqué⁴⁹. Des complications psychiatriques peuvent également survenir, soit à court terme en raison d'une consommation en grande quantité de produits divers et d'une privation de sommeil, soit à long terme à cause de la répétition de l'usage : agitation, anxiété,

49 Le *craving* est l'envie impulsive et irrésistible de consommer un produit psychotrope.

hallucinations, délires, crise de panique, paranoïa, dépression et idées suicidaires. Des convulsions, des pertes de conscience peuvent survenir et le risque d'overdose est élevé, particulièrement si la consommation comprend du GHB/GBL ou du crystal meth, a fortiori en association avec l'alcool. La polyconsommation, y compris de produits favorisant l'érection (viagra...), est la norme, dans le but de potentialiser les effets recherchés ou de contrer des effets indésirables, et d'assurer la performance sexuelle. Enfin, certains modes de consommation incluent également des risques spécifiques. Le slam reste une pratique marginale, mais entraîne les risques liés à l'injection et au partage du matériel associé. Le plug, s'il permet éventuellement d'éviter l'injection de produits, est susceptible, surtout à répétition et au vu des propriétés corrosives de certains produits, d'anesthésier la paroi rectale et de provoquer des irritations, voire des lésions importantes.

L'effet des drogues favorise la prise de risque sexuelle, qu'elle se manifeste dans les obstacles à se protéger adéquatement d'une exposition à l'infection au VIH ou à d'autres IST, dans les difficultés à percevoir lorsque les limites corporelles sont atteintes ou encore dans les défauts de consentement

à certaines pratiques ou rapports. L'absence de recours à une stratégie de protection lors des relations sexuelles peut résulter d'une méconnaissance ou d'une absence de perceptions des risques infectieux, accentuée sous l'effet des produits. Ne plus ressentir de douleurs diminue également la vigilance lors des rapports. Or la paroi rectale est fragile. Lors des rapports anaux, du fait de la répétition ou en cas de *fist fucking*, des lésions et des saignements peuvent se produire, augmentant les risques infectieux. Par ailleurs, les études mentionnent des cas d'agressions sexuelles, rapportées par des victimes ou par des témoins.

Les raisons pour lesquelles le public concerné fréquente peu les structures de RDR sont nombreuses. De la part des usagers, elles proviennent de la méconnaissance des risques, de la peur de la stigmatisation, de l'incompréhension ou de la honte, consciente ou non, vis-à-vis de son propre comportement, de la difficulté à trouver sa place dans les structures de santé traditionnelles et à se sentir visé par

les messages de RDR. Par ailleurs, l'usager peut être ambivalent dans l'attitude à adopter vis-à-vis d'une pratique faisant partie intégrante de son mode de vie. Les freins provenant des structures découlent d'une méconnaissance des produits et de la pratique du chemsex, d'une absence de prise en charge des problématiques liant sexualité et drogues, ainsi que des difficultés, surtout pour les travailleurs non-gays ou peu familiers des milieux LGBT, de s'immerger dans un sujet qui bouscule leur propre conception de la sexualité.

RDR ET CHEMSEX

Les besoins des usagers qui pratiquent le chemsex concernent à la fois la santé physique, sexuelle et mentale. Une priorité est de former les acteurs psychomédicosociaux à ces produits, aux contextes d'usage, aux motivations de cet usage et aux risques associés. Cela peut nécessiter de lutter contre les résistances des travailleurs, contre toute

forme d'homophobie car la capacité d'être à l'aise, de mettre à l'aise et de ne pas juger est particulièrement importante. Les compétences relationnelles doivent privilégier l'ouverture, l'empathie, et la formation d'un discours clair et accessible.

Sexualité et usage de drogues étant inextricablement liés ici, la RDR gagne à renforcer la place qu'elle consacre à la sexualité. Les informations utiles aux usagers concernent un usage plus sûr des produits, le repérage des risques et des situations d'urgence, mais aussi la transmission des IST/VIH, la prévention combinée⁵⁰, la satisfaction et la protection sexuelles, le stigmate du statut de séropositif. L'influence du groupe étant un facteur important, travailler sur le consentement, sur la capacité à dire non, sur la négociation du sexe protégé et sur le respect de l'autre sont un angle d'approche complémentaire à la réduction des comportements à risque. Par ailleurs, la préparation au changement doit s'envisager dans la durée, par des rencontres régulières. L'entretien motivationnel, qui permet d'aborder avec l'usager sa motivation, l'ambivalence à laquelle il est confronté et le changement, peut être utile.

Le matériel veille à contenir des brochures d'informations, du matériel stérile d'injection, d'inhalation et de snif, des préservatifs, des lubrifiants, des gants en latex à usage unique pour le *fist fucking*. L'accès au dépistage du VIH, du VHC et des IST est indispensable, et les autotests peuvent être mis à disposition des publics

.....
50 La prévention combinée désigne une stratégie par laquelle la personne se protège du VIH et des IST en combinant différents moyens (port du préservatif, traitement, dépistage).

PETIT DICTIONNAIRE

Backroom / darkroom	Salle obscure dans un bar ou un sauna, le plus souvent gay, où les clients se rendent pour avoir des rapports sexuels
Bareback	Rapport sexuel volontairement non protégé par le préservatif (essentiellement entre hommes séropositifs)
Chemsex	Contraction de «chemical sex» (sexe sous produits)
Fist fucking	Pénétration anale par la main et/ou l'avant bras
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Plug	Consommation par insertion dans l'anus au moyen d'une seringue non-sertie ou d'une poire à lavement
Slam	Consommation par injection dans un contexte de chemsex

prioritaires. Si la structure de RDR ne peut offrir ce service, un partenariat ou une orientation doivent être prévus. Renforcer la place de la sexualité dans la RDR peut aussi prendre la forme d'un partenariat avec les services de santé sexuelle, les centres de référence sida et le milieu associatif gay, voire aboutir à la création d'un service commun dédié à la pratique spécifique du chemsex.

L'outreach ciblera les lieux fréquentés par le public cible : bars, saunas, sex clubs, événements festifs spécifiques, en particulier les backrooms. Il est indispensable d'engager les organisateurs d'événements et le personnel des lieux commerciaux dans un partenariat, malgré leurs réticences à reconnaître l'usage de drogues au sein de leur établissement, afin de faciliter le recours des usagers à la RDR et de réagir au mieux en cas d'overdoses ou d'agression sexuelle. Les dispositifs de RDR peuvent également encourager le support par les pairs en créant des groupes, des moments de discussion libre sur le chemsex. Certains groupes anglo-saxons développent des projets de «chemsex free weekend/month», visant à travailler sur la fréquence des sessions chemsex et à aider les usagers à contrôler la place du chemsex dans leur mode de vie.

PREP, TASP ET TPE : LUTTER CONTRE LA TRANSMISSION DU VIH

Plusieurs recommandations conseillent de diriger le public chemsex vers la PrEP, le TasP ou, après la prise de risque, vers le TPE.

La **PrEP** (prophylaxie pré-exposition) consiste en la prise continue ou intermittente d'un médicament à base d'antirétroviraux à destination des séronégatifs en vue de réduire considérablement le risque de contracter le VIH. La combinaison Emtricitabine/Tenofovir n'a pas d'interaction connue avec l'alcool, les drogues récréatives et les antidépresseurs. Il peut être nécessaire de veiller au risque de développement d'effets secondaires pouvant être aggravés par un usage de drogues (problèmes rénaux, digestifs). Il faut souligner que la prise d'alcool ou de drogues peut favoriser l'oubli de la PrEP, ou une prise incorrecte des doses qui peut être induite par les pertes de perception du temps. Depuis juin 2017, le Truvada® et ses équivalents génériques sont remboursés en Belgique, sous conditions. Ils peuvent être prescrits, après évaluation, par un médecin spécialiste rattaché à un Centre de référence sida qui a conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI.

Le **TasP** (*treatment as prevention*), autorisé en Belgique sous certaines conditions, désigne la prise d'antirétroviraux par des personnes séropositives afin d'atteindre une charge virale indétectable et de réduire drastiquement le risque de transmission par voie sexuelle (en revanche, il n'agit pas par voie sanguine). Le Conseil supérieur de la Santé autorise depuis 2013 les

médecins à proposer l'option d'abandonner le recours au préservatif au sein de couples sérodifférents sous certaines conditions (charge virale indétectable depuis 6 mois au moins, aucune autre IST, pas d'autre partenaire sexuel, consentement mutuel et explicite des partenaires, suivi médical régulier).

Le **TPE** (traitement post-exposition) est un traitement d'urgence préventif visant à réduire les risques de contamination au VIH après une prise de risque (rapport sexuel non protégé, partage de seringues, rupture de préservatifs...). Il s'agit d'une trithérapie, commencée le plus rapidement possible après le risque et médicalement encadré durant quatre semaines. Ce traitement est délivré après une évaluation médicale

CHEMSEX.BE est un site d'information pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes qui pratiquent le chemsex, et pour les professionnels en contact avec ce public. Il est le fruit d'une collaboration entre l'asbl Ex aequo et l'observatoire du sida et des sexualités, avec le concours de nombreux acteurs scientifiques, associatifs et communautaires. Il propose des **informations** sur les produits et des **conseils** de réduction des risques (sur les produits, les modes de consommation, les pratiques sexuelles, les lieux de rencontre...). Les **alertes** précoces d'Eurotox y sont également diffusées. Le site fournit également des **outils** pour faire le point, un répertoire des services d'aide ainsi que des ressources complémentaires (brochures, etc.). Enfin, les usagers peuvent y commander gratuitement du **matériel** de réduction des risques (doseurs de GHB, pochette d'injection, récupérateur de seringues usagées, paille de sniff, brochures...) via un lien vers la boutique de l'asbl Ex aequo.

> <https://chemsex.be/>

du risque d'infection et vise à rester exceptionnel. En Belgique, le TPE peut être délivré gratuitement, après évaluation, par un médecin ou un service d'urgence rattaché à un Centre de référence sida.

Il est nécessaire que l'ensemble de ces possibilités soient connues des intervenants et qu'ils puissent conseiller les usagers.

GAY OUTREACH 2.0 (SIDACTION)

Face au rôle central d'internet et des applications de géolocalisation destinées à favoriser les rencontres entre partenaires sexuels dans le développement du chemsex et face à la proportion élevée de plan chem d'ordre privé, un outreach en ligne s'avère très pertinent. Sur certaines d'entre elles, l'utilisation de mots clés tels que «chemsex», «plan slam», ou de termes plus discrets, sur le profil des utilisateurs permet d'identifier les usagers et de rentrer en contact avec eux. Pour ce type d'outreach, Sidaction recommande de privilégier l'action communautaire. La géolocalisation et la présence régulière des intervenants sur l'application facilitent par ailleurs le ciblage.

Une première phase de diagnostic permet de cerner le sujet, de recenser les sites et les applications utilisés par le public défini, de repérer les heures et les jours d'affluence, de connaître les besoins et le mode de vie du groupe ciblé, et de familiariser les intervenants avec les modalités d'interaction des applis. Il est d'ailleurs nécessaire de former les intervenants aux gestes techniques, au mode de communication rapide et synthétique du chat, au

vocabulaire et aux codes du chemsex, ainsi qu'à l'écoute à distance.

Avec un matériel adéquat (tablette, smartphone), un profil est créé spécifiquement pour cette mission, indépendamment des profils personnels éventuels des intervenants. Le choix de l'avatar et du pseudo est une occasion de faire le lien avec l'association ou le dispositif de RDR. Il est nécessaire d'anticiper la première prise de contact, qui peut se faire en message privé (mp) ou dans des chat rooms, à l'initiative de l'intervenant ou de l'utilisateur. La posture de l'intervenant, la fréquence et le délai de contact suite à une absence de réponse gagnent à être discutés en équipe : il est important que la démarche de RDR ne soit pas assimilée par les usagers à une intrusion dans leur vie privée. La communication en ligne doit s'adapter au média utilisé : message synthétique, mise en avant des avantages concrets (anonymat, gratuit, résultat immédiat...). Afin d'aider les intervenants, une base d'informations-clés pour le public et de réponses aux questions possibles peut être constituée. Un quizz ou des ressources locales, des sites spécialisés peuvent servir d'accroche et de moyen pour engager la discussion. Afin de maintenir le contact après un premier échange sans devenir redondant, l'intervenant peut solliciter un avis sur du matériel, demander si un test s'est bien passé, apporter une nouvelle information. Il est important, si des données de discussion sont sauvegardées, de connaître la politique de confidentialité du site ou de l'application, voire de prendre contact avec les webmasters.

POUR EN SAVOIR PLUS

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S., & Weatherburn, P. (2014). *The Chemsex Study: Drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. <http://www.researchonline.lshtm.ac.uk/2197245/1/report2014a.pdf> ★

Foureur, N., Fournier, S., Jauffret-Routsid, M., Labrouve, V., Pascal, X., Quatremère, G., & Rojas Castro, D. (2013). *Slam: Première enquête qualitative en France*. Sidaction, Association des médecins gays, Inserm. https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=15732 ★

Fournier, S. (n.d.). *Gay outreach 2.0*. Sidaction.

Stuart, D. (2013). Sexualised drug use by MSM: Background, current status and response. *HIV Nursing Journal*, 13(1), 6-10. https://www.researchgate.net/publication/285738167_Sexualised_drug_use_by_MSM_Background_current_status_and_response ★

Stuart, D. (2019). Chemsex: Origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1). <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058> ★

SWAPS. (2024). *Chemsex dans 8 villes d'Europe*. In *Santé, réduction des risques et usages de drogues*, (n° 107-108). <https://vih.org/kiosque/swaps-europe-chemsex-dans-8-villes-deurope/> ★

Van Acker, J. (2017). *Une recherche exploratoire sur le «chemsex» en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire du sida et des sexualités. <https://eurotox.org/2017/05/18/le-chemsex-bruxelles-resultats-dune-etude-exploratoire/> ★

PERSPECTIVES ET ENJEUX

Ce livret a montré que les bonnes pratiques en RDR reposent sur une approche multifactorielle. Elles sont aussi variées qu'il y a de produits, de modes de consommation, de profils spécifiques. L'implantation fructueuse des dispositifs nécessite d'identifier et de tenir compte des besoins des usagers et des freins éventuels.

La criminalisation de l'usager constitue indubitablement l'obstacle majeur au développement de la RDR : elle favorise les représentations stéréotypées et stigmatisantes, qui entravent la formation des acteurs socio-sanitaires non-spécialisés ; elle complique l'accès au public concerné et les collaborations avec la justice, la police et l'école ; elle réfrène les pouvoirs publics à rechercher et à communiquer autrement qu'en agitant le bâton de l'interdit pour promouvoir l'illusion d'un monde sans drogues ; elle retarde la mise en place de bonnes pratiques, pourtant évaluées scientifiquement. C'est pourquoi des instances internationales telles que le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies considère indispensable le développement des stratégies de réduction des risques et, concomitamment, la nécessité de revoir les conventions internationales criminalisant la consommation (Nations Unies, 2024). Par ailleurs, comme

cela a été abordé en introduction, la stigmatisation à l'égard des usagers de drogues engendre régulièrement des mécanismes de discrimination et d'(auto)exclusion sociale, y compris au niveau des services social-santé, à tel point que la stigmatisation est désormais considérée comme un déterminant social majeur de la santé (Bolster-Foucault, Ho Mi Fane & Blair, 2021). Si tous les professionnels de la santé doivent se mobiliser à l'encontre de cette stigmatisation, ceux s'inscrivant dans une approche de RDR sont particulièrement bien positionnés pour travailler à cette lutte, de par notamment la reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues, l'empowerment de ces derniers et la relation aussi horizontalisée que possible qu'ils cherchent à créer et maintenir.

Le financement de la RDR est également une question centrale. D'une part, malgré la démonstration de son efficacité, en 2016-2021, la RDR a capté uniquement 0,15 % de l'enveloppe budgétaire consacrée à la politique des drogues en Belgique (allant de 0.1% en 2016 à 0.23% en 2021) (Cellule Générale de Politiques Drogues, *Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues, 2016-2021*, Bruxelles). Et ce, tandis que les dépenses en matière de sécurité (polices, système

judiciaire, prisons, etc.) et d'assistance (hospitalisation, revalidation, etc.) monopolisent respectivement 39 % et 59.4 % du budget «drogues» en 2016. D'autre part, l'instabilité financière que connaissent actuellement les secteurs associatifs et les soins de santé limite le développement de nouvelles pratiques ou le renforcement des dispositifs existants. Bien que les pratiques soient de plus en plus reconnues, elles peinent, en Belgique comme dans le monde, à obtenir une place stable (Harm Reduction International, 2024).

Une évolution législative et financière semble donc nécessaire afin de franchir les prochaines étapes de l'histoire de la RDR. Nous en listerons quatre ici. Premièrement, au vu de l'inefficacité de la politique répressive et de son coût amputant considérablement les finances de la politique des drogues, diverses études concluent logiquement sur la nécessité d'une réorientation des politiques publiques vers une régulation du marché des drogues. Deuxièmement, face à des produits et à des pratiques de consommation en constante évolution, la RDR doit avoir les moyens de s'adapter dans un délai relativement rapide. Les nouvelles substances psychoactives confrontent en particulier les usagers à des produits et à des risques parfois différents de ceux avec lesquels les

structures travaillent habituellement. La consommation de produits psychoactifs par des personnes qui ne se retrouvent pas dans les premiers publics de la RDR (sportifs, mineurs, chemsex, personnes âgées, ...) pose également la question de l'intégration de ces usagers dans la RDR. Troisièmement, une fois les bonnes pratiques identifiées, il est nécessaire qu'elles soient connues de l'ensemble des structures susceptibles de travailler avec des usagers de drogues (hôpitaux, urgences, centres psychomédicosociaux...) afin d'implémenter durablement la RDR et de changer globalement l'approche psychomédicosociale des usagers de drogue. Enfin, l'accessibilité des structures ne peut se concevoir sans une prise en compte de la pénibilité du travail ressentie par les travailleurs de RDR et par les pairs : elle nécessite de répondre à leurs besoins en moyens, en formation, en accompagnement et en conditions de travail. Ces enjeux sont d'autant plus cruciaux qu'ils doivent rester guidés par les principes fondamentaux de la RDR et de la promotion de la santé : mettre l'utilisateur au centre de l'action en lui donnant la possibilité de maîtriser sa propre santé et les différents facteurs qui la déterminent.

Notre souhait est de pouvoir périodiquement enrichir ce document en fonction des progrès scientifiques, des nouvelles connaissances, et de la mise en place de dispositifs innovants. N'hésitez pas à nous rapporter toute publication, dispositif ou outil qui vous paraîtrait pertinent !

POUR EN SAVOIR PLUS

Bolster-Foucaul, C., Ho Mi Fane, B., & Blair, A. (2021). *Structural determinants of stigma across health and social conditions: a rapid review and conceptual framework to guide future research and intervention*. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice, 41, 85-115. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.3.03> ★

CBCS, & IFA. (2023). *Évolution des problématiques sociales et de santé 2018-2022 : Rapport intersectoriel*. <https://cbs.be/evolution-des-problematiques-sociales-et-de-sante-2018-2022-sortie-du-rapport/> ★

Forum Européen pour la Sécurité Urbaine. (2020). *Solidify : Renforcer les stratégies de réduction des risques à l'échelle locale - Le rôle des salles de consommation à moindre risque*. <https://safe.brussels/sites/default/files/2020-06/solidify%20French%20Version.pdf> ★

Hogge, M. (2014). Euphorisants légaux et nouvelles drogues de synthèse : Enjeux et risques sanitaires. Psychotropes : *Revue internationale des toxicomanies et des addictions*, 20(3), 81-100. <https://doi.org/10.3917/psyt.203.0079> ★

Jauffret-Roustide, M. (2013). L'auto-support des usagers de drogues : Une «compétence de vie» reconvertie en expertise. In L. Dumoulin et al. (Eds.), *Le recours aux experts : Raisons et usages politiques* (pp. 123-145). Presses universitaires de Grenoble.

Le Naour, G., Hamant, C., & Chamard-Coquaz, N. (2014). *Faire accepter les lieux de réduction des risques : Un enjeu quotidien*. CERPE. <https://shs.hal.science/halshs-00977418> ★

Lutz, G., & Roche, P. (Eds.). (2016). *Faire avec les drogues : Quelles interventions ?* *Nouvelle Revue de psychosociologie*, (21).

MILDECA. (2023). *L'essentiel sur... La réduction des risques et des dommages : Une politique entre humanisme, sciences et pragmatisme*. Retrieved from <https://www.drogues.gouv.fr/l'essentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages> ★

Nations Unies, Assemblée Générale. (2024). *Consommation de drogues, réduction des risques et droit à la santé : Rapport de la rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Taleng Mofokeng*. <https://www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/ahrc5652-drug-use-harm-reduction-and-right-health-report-special> ★



OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES

151 rue Jourdan – 1060 Bruxelles

Tél : + 32 2 539 48 29

Email : info@eurotox.org

Ce document est disponible en version pdf sur le site :

www.eurotox.org

COMITÉ DE LECTURE ORIGINEL : Cécile Béduwé, Benoît Brouillard, Céline Cheront, Christopher Collin, Maud Devroey, Julien Fanelli, Stéphane Heymans, Miguel Rwubu, Vinciane Saliez, Jonas Van Acker, Catherine Van Huyck

ACTUALISATION 2024 : Eurotox asbl, Cécile Cheront, Eric Husson, Laurent Maisse, Kris Meurant, Bruno Valkeneers, Catherine Van Huyck

GRAPHISME : Nathalie da Costa Maya, ww.cdcsasbl.be

Avec le soutien de :

