

RDR

BONNES PRATIQUES EN RÉDUCTION DES RISQUES

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES
LIVRET THÉMATIQUE N°4 | **DÉCEMBRE 2016**

4

eu**ro**tox



TABLE DES MATIÈRES

○	AVANT-PROPOS	4
①.1	BREF APERÇU DE LA RÉDUCTION DES RISQUES	6
①.2	QU'ENTEND-ON PAR «BONNES PRATIQUES» ?	9
②.1	RDR EN MILIEU FESTIF	12
②.2	RDR EN MILIEU DE RUE	18
②.3	RDR EN MILIEU CARCÉRAL	26
②.4	RDR EN MILIEU SPORTIF	31
②.5	RDR EN MILIEU VIRTUEL	35

③.1	RDR ET FEMMES	38
③.2	RDR ET JEUNES	44
③.3	RDR ET MINORITÉS ETHNIQUES	48
③.4	RDR ET CHEMSEX	52
●	PERSPECTIVES ET ENJEUX	58



AVANT-PROPOS

Le travail d'Eurotox consiste à améliorer la compréhension du phénomène de l'usage des drogues en Wallonie et à Bruxelles. L'objectif est d'informer au mieux les acteurs de terrain, les administrations, les politiques et les médias sur les aspects socio-épidémiologiques, sanitaires, légaux et contribuer aux débats de société en lien avec cette problématique.

Depuis 2000, Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues et assure la mission de Sous-point focal du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies), pour l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT).

Nous assurons le fonctionnement d'un système de collecte et d'analyse de données, et nous proposons diverses publications, dont un rapport régulier sur l'usage de drogues.

POURQUOI CES LIVRETS THÉMATIQUES ?

Désormais, nous proposons également des publications sous la forme de livrets thématiques. Leur objectif est de fournir une présentation plus accessible des informations pertinentes et actualisées relatives à un produit et/ou à une thématique spécifique en lien avec l'usage de drogues. L'idée est de faciliter ainsi la dissémination des sujets abordés, en fournissant un support informatif et opérationnel plus dynamique, 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 de 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 sont reconnaissables par le symbole ★.

Bonne lecture !

BREF APERÇU DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

La réduction des risques¹ (RDR) est une stratégie de santé publique et de promotion de la santé. 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 XXe siècle, apparaissent quelques démarches de soutien aux usagers mais elles restent franchement marginalisées face aux conventions

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

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, 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'UNODC² 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'ONU et elles peinent toujours à être reconnues lors de l'UNGASS³. 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 polémiques. Néanmoins,

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

3 United Nations General Assembly Special Session on the World Drugs Problem.

RAPIDE TOUR DU MONDE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN 2016

Programme	Nombre de pays ou de territoires où la pratique est disponible (sur 158)	Nombre de pays qui l'ont implanté entre 2014 et 2016
Échange de seringues et d'aiguilles	90 pays	+ 0
Thérapie de substitution par opiacés	80 pays	+ 0
Salles de Consommation à Moindre risque	10 pays	+ 1
En milieu carcéral		
– échange de seringues et d'aiguille	8 pays	+ 0
– thérapies de substitution par opiacés	52 pays	+ 9

Source : *The global state of harm reduction 2016*, HRI.

en Europe, la RDR prend de l'ampleur. En 2001, l'Union Européenne s'est engagée à l'implémenter sur son territoire. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a adopté la RDR, la soutient et considère qu'elle est devenue une pratique courante et un des piliers de la politique des drogues.

UNE APPROCHE NEUVE : L'USAGER AU CENTRE

L'essor de la RDR est rendu possible grâce à une nouvelle conception de la santé publique, 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 ne veulent pas ou ne peuvent pas ne pas consommer, 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, 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, la RDR est en réflexion et en évolution permanentes.

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 RDR en Belgique francophone*

POUR EN SAVOIR PLUS

- Modus Vivendi, FEDITO Bruxelloise, FEDITO Wallonne, Centre d'Action Laïque, Liaison Antiprohibitionniste, *Charte de la réduction des risques*, s.d. ★
- APDES, *Professional profile of the Outreach worker of Harm Reduction*, 2013. ★
- Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2016*, 2016. ★
- OEDT, *Harm Reduction : Evidences, Impacts and Challenges*, 2010. ★
- Jürgens R., «Nothing about us without us». *Greater, Meaningful Involvement of People who Use Illegal Drugs : a Public Health, Ethical, Human Rights Imperative*, Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute, 2008. ★
- Morel Alain, Chappard Pierre et Couteron Jean-Pierre (dir.), *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions. Contexte, enjeux, nouvelles pratiques*, Paris, Dunod, 2012.

QU'ENTEND-ON PAR «BONNES PRATIQUES» ?

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 sont des outils ou guides sur les 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, s'appuyant sur des données pertinentes et

fiables. 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. Enfin, l'implémentation des outils de bonnes pratiques peut parfois faire l'objet d'une évaluation spécifique (voir par exemple, Strike et al., 2011). 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 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 valable⁴.»

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.

.....
4 Morel, Chappard, Couteron, *Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, p. 321.

ÉVALUER LA RDR : INDICATEURS PRINCIPAUX

INDICATEURS DIRECTS	INDICATEURS INDIRECTS
› 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	› 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

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. 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. Elles ne sont pas non plus considérées comme des références exclusives, sous peine de freiner voire de censurer les pratiques innovantes (qui n'ont généralement pas fait l'objet d'une évaluation ou d'un consensus). Enfin, il convient de rappeler que le professionnalisme en action

sociale et médico-sociale 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.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Le portail des bonnes pratiques de l'OEDT : <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>
- *Texte de la déclaration de Vienne* (juillet 2010) ★
- Autrike M., Demarest I., Goethals I., De Mayer J., Anseau M., Vanderplasschen W., *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), BELSPO et SPF Santé Publique, 2016. ★
- OEDT, *Réduction de la demande de drogue : preuves scientifiques mondiales pour actions locales*, 2012. ★
- Strike C., Watson T.M., Lavigne P., Hopkins S., Shore R., Young D., et al., *Guidelines for better harm reduction : Evaluating implementation of best practice recommendations for needle and syringe programs (NSPs)*, International Journal of Drug Policy, 2011 ; 22(1) :34-40.
- Uchtenhagen A., Schaub M., *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS*. Final Report, Research Institute for Public Health and Addiction, 2012. ★

RDR EN MILIEU FESTIF

En milieu festif, la consommation de psychotropes, plus élevée que dans la population générale⁵, 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 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. 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 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.

.....
 5 OEDT (2014b). *Exploring methamphetamine trends in Europe*, EMCDDA Papers, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

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, éthylotests, 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

Les usagers de drogues sont considérés comme des acteurs essentiels de la RDR, essentiellement pour deux raisons. La première tient au rôle de relais qu'ils jouent sur les multiples scènes, dont certaines demeurent inconnues et inaccessibles aux

intervenants de la RDR. Leur réceptivité par les autres usagers y est renforcée par leur intégration et le partage d'un vécu commun. La seconde provient de la reconnaissance de leur expérience du risque, des coutumes et de la subculture liés aux usages de drogues et des solutions qu'ils créent, modifiant spontanément les modes de consommation. Les degrés d'implication de l'utilisateur dans les dispositifs de RDR varient : il peut participer à l'action centrée sur lui, agir sur son environnement, ou participer à la prise de décision collective sur le fonctionnement des structures de RDR.

suite page 16



EXEMPLE DE RELAX ZONE EN FESTIVAL

Photo © Modus Vivendi



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 «Relax zone» 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 ET FOLKLORE ÉTUDIANT

Bien que la RDR en milieu festif ne se concentre pas, habituellement, sur un produit en particulier, des projets de RDR se développent actuellement autour de l'alcool en milieu étudiant. 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 existant 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.

À ces fins, les structures de RDR peuvent recruter des pairs leaders en fonction des compétences cognitives et comportementales observées. Ils sont alors formés durant plusieurs séances, collectives et/ou individuelles, aux drogues, aux risques qui les accompagnent et à leur prévention, au matériel de RDR et à sa promotion auprès des usagers. Ces pairs leaders peuvent rejoindre le personnel d'une structure de RDR ou diffuser la RDR par auto-support.

TESTING ET ALERTES PRÉCOCES

Autre opportunité d'entrer en relation avec l'usager, le testing permet d'identifier les composants d'un produit et ainsi d'en connaître la nature. En Belgique, le testing sur place, dans un lieu fixe ou en cours de fête, est un test rapide, anonyme et non quantitatif des produits amenés par l'usager, permettant d'engager la discussion autour

de la consommation, de sensibiliser et de conseiller. Il peut s'agir d'un test présomptif colorimétrique (test de Marquis) ou d'un test de chromatographie sur couche mince (CCM), plus précis. En cas de résultats insuffisants, le test en laboratoire est privilégié mais il ne permet pas un feedback instantané. Dans d'autres pays, la formule privilégiée est l'envoi anonyme d'un produit en laboratoire et la mise en ligne publique des résultats. 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.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

ARTICLES

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

GUIDELINES

- Association Française pour la Réduction des Risques, *Réduction des risques en milieux festifs. Référentiel national des interventions*, 2012. ★
- Modus Vivendi, *Guide pratique pour aider à l'implantation d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant*, 2016. ★
- Newip*, *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, *Quality Nights, label de bien être en milieu festif. Guide méthodologique destiné à l'opérateur local*, 2016. ★

.....
* Nightlife Empowerment & Well-Being Implementation Project

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). 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 médical : elle requiert une préparation, une utilisation adéquate du matériel et des conditions environnementales saines. 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'utilisateur 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'utilisateur à exécuter une injection rapide et négligée.

Face à ces risques cumulés, la RDR en milieu de rue vise 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, des soins de bien être, et la défense des droits des usagers. Privilégier une approche holistique permet d'améliorer globalement le cadre de vie de l'utilisateur 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 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 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 utilisé, source potentielle de contamination,

nécessite l'intégration de stratégies d'élimination des déchets biomédicaux.

ACCUEIL ET 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 drogue. 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. Outre des lieux fixes, l'*outreach*, effectué par des travailleurs de rue (infirmiers, travailleurs sociaux), permet d'aller à la 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.

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, une explication du matériel stérile, de ses avantages concrets. 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 : 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.

PROGRAMMES DE DISTRIBUTION ET D'ÉCHANGE DE SERINGUES ET D'AIGUILLES

Les programmes de distribution et d'échange sont des dispositifs d'accueil à bas seuil, axés sur la distribution 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 leur modes de vie et à leur état de santé⁶. Ceux-ci 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 : ils peuvent contenir un champ de soins, une cup ou une cuillère stérile, des lingettes de chlorhexidine ou un tampon alcoolisé, un tampon sec, un filtre, un diluant acide, une fiole d'eau, un garrot, une lame, des préservatifs.

6 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	• 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	• 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)	• 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	• Espace disponible restreint • Coût et maintenance du véhicule éventuel • Protestation des riverains

* UDI = Usagers de Drogues par Injection.

Type	Forces	Inconvénients
Outreach par les pairs (interdit en Belgique)	• 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 POUR LES PAIRS : • Engagement significatif dans la RDR • Développement des compétences, de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité • Accès à un revenu	• 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	• Heures d'ouverture étendues • Très bonne couverture géographique (y compris en milieu rural) • Accès moins stigmatisant que la structure spécialisée • Atteinte d'utilisateurs qui ne fréquentent pas les sites fixes ni mobiles • Pas de surveillance policière	• Non-gratuité • Pas de services de RDR supplémentaires • 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

Type	Forces	Inconvénients
Visite à domicile	• Gratuité • Atteinte d'utilisateurs à mobilité réduite ou peu proactifs vis-à-vis de la RDR • Non jugement	• Sécurité du personnel • Potentiellement intrusif pour l'UDI
Distributeur automatique	• 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	• 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	• Voir «2.5. RDR en milieu virtuel»	

La distribution de matériel est l'occasion pour créer avec l'utilisateur un dialogue autour de sa 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 des usagers, ainsi qu'un travail sur les changements de comportements, visent à l'appropriation et à la perpétuation de bonnes pratiques de consommation et de réduction de risques par les usagers eux-mêmes.

LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (SCMR)

Autorisées uniquement dans huit pays européens (Belgique non comprise), au Canada et en Australie, les SCMR sont des lieux d'accueil en milieu urbain destinés à offrir aux publics précarisés un environnement de consommation sécurisé et supervisé. La SCMR est divisée en différents espaces : l'accueil, la salle d'injection ou les cabines d'inhalation,

une salle de soin et une salle de détente. L'accueil est anonyme, les règles du lieu sont précisées (délai minimal entre deux consommations, pas de deal, pas de violence). Créer une atmosphère calme dans un milieu mouvementé n'est pas simple : une grande attention à la construction de liens entre le personnel et l'utilisateur, ainsi que l'inclusion de ce dernier dans le programme, notamment comme pair médiateur, y contribue. La salle d'injection contient une ou plusieurs tablette(s) privative(s), du matériel stérile et un container pour les déchets. Les cabines d'inhalation sont munies d'un extracteur de fumée et d'un dispositif vitré qui permet la communication entre le personnel et l'utilisateur. Précisons que les intervenants supervisent mais ne participent pas à l'acte. Le personnel est formé aux premiers 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 : elle sert

à stabiliser l'état de santé, à informer et à diriger vers des structures de soin 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)

Le traitement de substitution aux opiacés consiste en une prescription médicale de produits pharmaceutiques proches de l'héroïne (méthadone, buprénorphine), administré par voie orale. Idéalement couplée à une relation thérapeutique sur le long terme et à une approche de soins globale, il est considéré comme pratique de RDR car la délivrance légale, l'administration par voie orale et la limitation du dosage 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 TSO est plus accessible et plus efficace quand

EXTRAIT DE LA BROCHURE

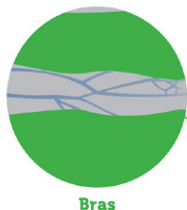
«SHOOTER PROPRE. COMPRENDRE, C'EST AGIR»

DE MODUS VIVENDI



7. Cherchez un point d'injection

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



Bras

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



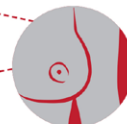
Creux du genou



Cheville

A ces endroits, c'est encore plus risqué car :

- ⊗ proches de bactéries : infection
- ⊗ proches d'artères et nerfs : douleurs, saignements
- ⊗ veines fines : facilement bouchées.



Sein



Cou



Pénis



Aisselle

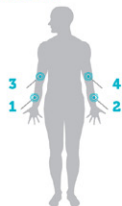


Orteils



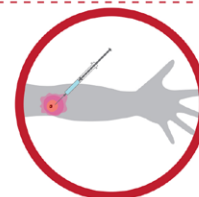
Veine fémorale

Vous injectez régulièrement ?



Altermiez toujours entre 4 points d'injection.

✗ Evitez d'injecter dans un endroit du corps qui est déjà infecté, qui fait mal ou qui est rouge. Cela aggravera la situation.



il s'envisage dans la longue durée plutôt que comme une porte de sortie rapide de la consommation, où la rechute est rapide (OMS, 2004). Les propriétés des TSO 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 TSO doit inclure un diagnostic, une évaluation de la trajectoire et de l'état de santé de l'utilisateur, un protocole personnalisé de soins, dont 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'utilisateur est nécessaire.

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). Indisponible en Belgique⁷, la mise à disposition de la naloxone aux usagers d'opiacés, à leur entourage (partenaires, colocataires, famille et amis proches), ainsi qu'aux intervenants de terrain (travailleurs sociaux, pairs, gardiens

de prison, policiers, pompiers) est 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 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. Il peut aussi être intégré dans les centres de traitement des assuétudes, dans les dispositifs d'échange de matériel ou dans les SCMR.

.....
⁷ 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.

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 usagers, 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.

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

- *Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs That Provide Service to People Who Use Drugs and Are at Risk For HIV, HCV, and Others Harms*, 2 vol., Working Group on Best Practice for Harm Reduction, 2015. ★
- Center for HIV, Hepatitis, and Addiction Training and Technology of Danya International, Mobile Outreach. *A guide to plan and implement an outreach mobile vehicle (MOV) based risk reduction intervention program*, s. d. ★
- National Institute for Health and Care Excellence, *Needle and syringe programs*, 2014. ★
- OEDT, *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*, 2016. ★
- OMS, UNAIDS, UNODC, *Guide to starting and managing syringe and needle program*, 2007. ★
- Id., *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, 2004. ★
- European Harm Reduction Network, *Drugs consumption rooms in Europe. Models, best practice and challenges*, 2014. ★
- Noël L. et Gagnon D., *Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection*, *Drogues, santé et société*, 12 (1), 2013, p. 1-18.

RDR EN MILIEU CARCÉRAL

La comparaison de la prévalence d'usage de drogues entre la population générale et la population carcérale révèle une surreprésentation des usagers de drogue en prison. La prohibition alimente fortement le système carcéral : en Belgique, en 2010, 1/3 des détenus étaient incarcérés pour faits liés aux drogues, et en majorité pour de la détention. 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'enceinte de l'établissement. L'usage en prison est encouragé par le stress qu'entraînent l'enfermement, la promiscuité et la violence carcéraux, ou par l'ennui découlant du déficit d'activités occupationnelles.

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 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, la RDR intervient ponctuellement et se heurte en particulier à des restrictions budgétaires, à des difficultés administratives, à une hiérarchisation entre les besoins en sécurité et les besoins en

santé au détriment de ces derniers, et à la forte réticence d'une partie du personnel pénitentiaire et des pouvoirs publics. 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, personnalisés en fonction des besoins des détenus et le matériel, ainsi que le langage

utilisé, doivent s'adapter à la culture et aux pratiques des détenus, mais aussi aux différentes langues et aux différents niveaux d'alphabétisation. L'approche met l'accent sur le respect de l'utilisateur et sur l'absence de jugement, et 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 tatouage⁸. 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 neige⁹. 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

-
- 8 Leur pratique clandestine en prison comporte des risques sanitaires, dont certains sont similaires à ceux de l'injection.
- 9 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.

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 SERINGUES

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 huit pays dans le monde actuellement : le Luxembourg, l'Allemagne, l'Arménie, l'Espagne, la Suisse,

la Moldavie, le Kirgizstan et le Tadjikistan. 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 étendue que possible (éducation à l'injection à moindre risque, *counselling*,

soins infirmiers, empowerment des usagers, accès au dépistage et à la vaccination).

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN PRISON

Les TSO 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 TSO est organisé sur base volontaire, gratuitement. La supervision 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*¹⁰, 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 information objective et neutre sur les effets

du TSO, sur les dangers du mésusage et de la polyconsommation. La différenciation des personnes sous TSO des autres détenus doit être évitée hors du service médical. L'accès au TSO 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

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 TSO. 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 TSO 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 TSO à la sortie.

.....
¹⁰ Le *craving* est l'envie impulsive et irrésistible de consommer un produit psychotrope.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Plateforme d'apprentissage en ligne sur la RDR en prison : Trimboos Instituut, ISFF, UNODC, Care project learning (<http://care-education.eu/>)
- Hoover J. et Jürgens R., *Harm reduction in Prison : The Moldova Model*, International Harm Development Program, 2009. ★
- Obradovic I., *Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Revue des expériences étrangères*, Note n°2012-04, à l'attention de la MILDT (Mission interministérielle lutte contre la drogue et la toxicomanie), OFDT, 2012. ★
- Stöver H., MacDonald M., Atherton S., *Harm Reduction in European Prisons. A Compilation of Models of Best Practice*, BIS, 2007. ★

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 (IPED¹¹) : anabolisants (stéroïdes), hormones

de croissance, hormones peptidiques (dont l'érythropoïétine, dite aussi EPO), bêta-2 agonistes, bêta-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,

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

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 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'utilisateur. Une attention particulière est portée à la polyconsommation, notamment au mélange de stéroïdes et d'opiacés fréquemment relevé chez les usagers problématiques¹².

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 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, hématocrite, niveau de ferritine...) plutôt que sur des traces d'usage de produits. Cette révision permettrait moins

.....
¹² 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...

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 suivent 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.

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» 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

INTERVENTIONS GOOD SPORTS	NIVEAU 1	NIVEAU 2 + NIVEAU 1	NIVEAU 3 + NIVEAU 2
Conditions d'obtention du label	› Eau disponible › «Responsible Service of Alcohol» : – 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	› Pas de shots - Pas de boissons au pourcentage d'alcool supérieur à 5 % › Tarifs incitatifs pour boissons non-alcoolisées › Nourriture disponible › Stratégie de retour à domicile › Pas de jeux de boissons › Pas de promotions pour boissons alcoolisées	› 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

par niveaux de qualité. Elles concernent aussi bien les joueurs, féminins et masculins, que les encadrants et les supporters.

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. et Ohl F., *Le sportif en travailleur face à la lutte anti-dopage. Éléments de critique et propositions*, Sciences et motricité, n° 92, 2016, p. 33-43.
- Bruce S., *Best Practices to address student-athlete alcohol abuse*, NCAA Sport Science Institute, [En ligne], s. d., <http://www.ncaa.org/health-and-safety/sport-science-institute/best-practices-address-student-athlete-alcohol-abuse> ★
- Evans Brown M., McVeigh J., Perkins C., Bellis M.A., *Human enhancement drugs. The emerging challenges to public health*, North West Public Health Observatory, 2012. ★
- Kimergård A. et Mc Veigh J., *Variability and dilemmas in harm reduction for anabolic steroid users in the UK : a multi-area interview study*, Harm Reduction Journal, n° 11, 2014. ★
- Kingsland M., Wolfenden L., Tindall J., et al., *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, juin 2015, p. 1-7. ★
- Rowland B., Allen F., Toumbourou J. W., *Impact of alcohol harm reduction strategies in community sports clubs : Pilot evaluation of the Good Sports program*, Health Psychology, Vol. 31(3), Mai 2012, p. 323-333.

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.

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.

Voir aussi la partie 3.4 sur le gay outreach

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

STOP OU ENCORE ?

une initiative d'Infor-Drogues - www.infor-drogues.be - 02 227 52 52

© Infor Drogues

POUR EN SAVOIR PLUS

- Association Française pour la Réduction des Risques, *Ici drogues. Identifier, comprendre et intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues*, 2016. ★

Forums d'utilisateurs et autres ressources

- www.psychonaut.com
- www.erowid.org
- www.psychonaut.org
- www.tripsit.me

Tests en ligne

- <http://stopouencore.be/>
- <https://aide-alcool.be/testalcool>
- <http://saferuselimits.co/>
- <http://drugsmeter.com/>
- <http://onetoomany.co>

e-permanence

- <http://www.infordrogues.be/>
- <http://www.aide-alcool.be>

Réduction des risques à distance

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

Applications pour smartphone

- Good to go ? (app pour déterminer à partir d'informations la capacité à prendre le volant après avoir bu)
- DrugLog
- Tripsit Mobile
- Etc.

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 sexes¹³, les usagers 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 usagers rencontrent sont de trois ordres. Outre les risques

.....
13 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.

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-traumatique¹⁴. 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

.....
14 Mendrek A, «*Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanies ?*», 2014

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 MST*. 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.

Les représentations des rôles sociaux de la femme exercent de fortes pressions sur les usagers de drogues. L'assimilation de la modération à la féminité et de la

.....
* MST = Maladies Sexuellement Transmissibles

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 GENRE¹⁵

Afin de mieux approcher les 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...*).

.....
15 «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.

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 l'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 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 usagers 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 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 aux femmes. Afin d'éviter de heurter le public masculin, il convient de l'informer des raisons de cette décision. Pouvoir amener les enfants (ou du moins, ne pas être privée 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'usagers. 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.

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. 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 usagère de drogues est source de questionnements pour elle et pour le personnel de RDR à son contact. Certaines usagères 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 l'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

sages-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 usagères d'opiacés, privilégier le traitement de substitution 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 père au processus d'accompagnement est un atout.

CONCERNANT LE BÉBÉ :

- › Prévenir l'état de manque chez la mère
- › Prévenir un syndrome de sevrage néonatal ou un syndrome d'alcoolisation fœtale
- › Définir en équipe des préconisations communes en matière d'allaitement

RDR ET PROSTITUÉ-E-S

Les prostitué-e-s 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*. 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 meilleurs opportunités de contact (horaire, conditions environnementales, disponibilité des prostitué-e-s...), dans le contexte interne ou externe à la prostitution

- 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...)
- Prévenir la police pour éviter l'interférence pendant l'outreach, 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
- Informer les prostitué-e-s 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 prostitué-e 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»

RDR ET TRANSEXUALITÉ

La RDR spécifique au public transgenre reste peu documentée et évaluée. Notons ici qu'il est nécessaire pour le personnel de RDR qui conseille un public transsexuel 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'héroïne¹⁶.

.....
¹⁶ 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.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Eurotox, Modus Vivendi, *Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région Wallonne*, 2010. ★
- Fédération des Addictions, *Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et en CAARUD*, Repères, France, 2016. ★
- International HIV/AIDS Alliance, *Keeping women who use drugs healthy. Alliance Ukraine's experience integrating HIV, harm reduction and sexual and reproductive health programming*, 2013. ★
- Mendrek A, «Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanies ?», *Santé mentale au Québec*, vol. 39, n° 2, 2014, p. 57-47.
- UK Network of Sex Work Project, *Working with Sex Workers : Outreach*, 2008. ★

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, notamment compromettre son parcours scolaire.

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 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.

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

.....
17 La catégorie «jeune», selon les Nations Unies, désigne la population âgée de 15 à 24 ans. Elle désigne ici essentiellement les mineurs d'âge.

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, TSO, 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

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.

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 australien 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 et 14 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 référent, 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'utilisateur 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, Competence Centre, *Working with young people at risk. A practice manual to early intervention, outreach, peer work, focus group, motivational interview*, Oslo, 2011. ★
- Couteron J-P, *Les Consultations jeunes consommateurs (cjc). L'intervention précoce pour répondre aux conduites addictives des jeunes*, VST – Vie Sociale et Traitement, 2016, 1, n° 129, p. 7-11.
- 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. ★
- National Drug Research Institute, SHAHRP. *School Health and Alcohol Harm Reduction Project. An Evidence-based Program to Reduce Alcohol Related Harm in Young People*, [En ligne], <http://ndri.curtin.edu.au/research/shahrp/about/>
- National Institute for Health and Care Excellence (Nice), *Needle and syringe programmes*, 2014.

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

subsidaire, 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. 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.

INTÉGRER LA DIVERSITÉ

Adapter le programme de RDR afin de le rendre plus accessible implique donc avant tout d'intégrer la diversité linguistique et 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 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.

TYPE D'INTERPRÈTES	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Professionnel, en face à face	› Compréhension étendue › Instauration d'un vrai dialogue	› Interférence potentielle dans la discussion › Réaction verbale ou non-verbale au contenu, en particulier si le professionnel est choqué
Professionnel par vidéoconférence	› 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)	› Planification des entretiens
Professionnel, au téléphone	› Anonymat › Économie d'échelle (pas de déplacement de l'interprète)	› Lent › Coût des entretiens téléphoniques › Risque de mécompréhensions
Médiateur culturel	› Compréhension de la langue <u>et</u> de la culture	› Malaise de certains migrants de s'exprimer devant quelqu'un de leur communauté à cause des tabous, de la confidentialité
Pair	› Compréhension des enjeux liés à l'usage de drogues dans le contexte, dans la communauté de l'usager	› Formation nécessaire › Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale
Famille/amis	› Confiance › Utilité en l'absence d'interprète	› 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)
Partenaire	› Confiance › Utilité en l'absence d'interprète › Accès simultané aux deux membres du couple (voir 3.1)	› 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)

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.

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 à *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 et al., *Usage de substances et recours aux services de traitement de la dépendance chez les personnes issues de l'immigration (PADUMI)*, Bruxelles, Police Scientifique Fédérale, 2016. ★
- European Centre for Disease Prevention and Control, *Thematic report : Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia : 2012 Progress Report*, ECDC, 2013. ★
- Muys Marjolein, *Substance use among migrants : the case of Iranians in Belgium*, VUB Press, 2009.
- UK Network of Sex Work Projects, *Working with Migrants Sex Workers*, 2008. ★

RDR ET CHEMSEX

Le chemsex est un terme inventé par la communauté gay et utilisé par les acteurs de santé 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 LGBT¹⁸, sont évocatrices : en 2005, seuls 3 % des usagers venaient pour une consommation de crystal meth, 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, 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* marqué¹⁹. 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, 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

18 LGBT désigne les lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et transgenres.

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

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

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'utilisateur 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 combinée²⁰, 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

.....
²⁰ 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).

d'aborder avec l'utilisateur 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 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. Les interactions avec les drogues sont actuellement peu documentées. Il peut être nécessaire de

veiller au risque de développement d'effets secondaires pouvant être aggravés par un usage de drogues (problèmes rénaux, digestifs), mais aussi et surtout à la prise correcte des doses qui peut être empêchée par les pertes de perception du temps liées aux prises de drogues. Depuis juin 2017, le Truvada® est remboursé en Belgique, sous conditions. Il peut être prescrit, 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 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 planchem 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 (anonyme, 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., *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, 2014. ★
- Fournier S., *Gay outreach 2.0*, Sidaction, s.d. ★
- Foureur N., Fournier S., Jauffret-Routside M., Labrouve V., Pascal X., Quatremère G., Rojas Castro D., *Slam. Première enquête qualitative en France*, Sidaction, Association des médecins gays, Inserm, 2013. ★
- Stuart D., *Sexualised drug use by MSM : background, current status and response*, *HIV Nursing Journal*, 2013 ; 13.1(Spring 2013), p. 6-10. ★
- Van Acker J., *Une recherche exploratoire sur le «chemsex» en Région de Bruxelles-Capitale*, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, 2017 ★



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.

Le financement de la RDR est également une question centrale. D'une part, malgré la démonstration de son efficacité, en 2012-2013, la RDR capte uniquement 0,39 % de l'enveloppe budgétaire consacrée à la politique des drogues en Belgique (Cellule Générale de Politiques Drogues, *Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues, exercices 2012-2013*, Bruxelles). Et ce, tandis que les dépenses en matière de sécurité (polices, système judiciaire, prisons, etc.) et d'assistance (hospitalisation, revalidation, etc.) monopolisent respectivement 29 % et 68 % du budget «drogues». 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, *Global state of harm reduction 2016*).

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 NPS 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...) 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.

POUR EN SAVOIR PLUS

- De Backer B., *Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille, de la santé. Démarche d'évaluation qualitative transversale, tensions entre l'accessibilité du service et la pénibilité du travail*, 2013. ★
- Hogge M., *Euphorisants légaux et nouvelles drogues de synthèse : enjeux et risques sanitaires, Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies et des addictions*, 2014, vol. 20 n°3, p. 81-100.
- Le Naour G., Hamant C., Chamard-Coquaz N., *Faire accepter les lieux de réduction des risques. Un enjeu quotidien*, Lyon, CERPE, 2014. ★
- Lutz G., Roche P. (dir.), *Faire avec les drogues. Quelles interventions ?*, Nouvelle Revue de psychosociologie, n° 21, 2016/1.



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

Remerciements

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

GRAPHISME : Nathalie da Costa Maya

Avec le soutien de :

