



Les cahiers de  
**PROSPECTIVE**  
**Jeunesse**

Bureau de dépôt - 1050 BRUXELLES 5

*Cahiers - Volume 8 - n° 2 - 2ème trimestre 03*

Cahier numéro 27

**Dossier :**  
**“Drogues et réduction  
des risques”**  
**Tome 1**

**Drogues et société : quand la réduction  
des risques s’emmêle !**

**Réduction des risques et citoyenneté :  
un pari à tenter ?**

**Consomm-acteurs : pour planer,  
réduire la gravité !**

**Réduction des risques et prohibition :  
tout l’art de la récup ?**

### Rédacteur en Chef

●Henri Patrick CEUSTERS

### Secrétaire de Rédaction

●Claire HAESAERTS

### Relecture et corrections

●Danielle DOMBRET

### Comité de Rédaction

●Henri Patrick CEUSTERS  
●Claire HAESAERTS  
●Martine DAL  
●Emmanuelle CASPERS  
●Bernard DE VOS  
●Alain MICHELET

### Comité d'Accompagnement

●Philippe BASTIN, Directeur d'Infor Drogues, Bruxelles.  
●Line BEAUCHESNE, Professeure agrégée, Département de Criminologie, Université d'Ottawa, Canada.  
●Jean-Marc BOUTTEFEUX, Médecin généraliste, médecin scolaire et membre du R.A.T.  
●Alain CHERBONNIER, Philologue, Licencié en Education pour la Santé, Question Santé asbl.  
●Manu GONÇALVES, Assistant social, Coordinateur du Centre de Guidance d'Ixelles.  
●Vincent GUÉRIN, Responsable de la collection Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique.  
●Pascale JAMOULLE, Chargée de Recherche de la Cellule Toxicomanies du CPAS de Charleroi.  
●Roger LONFELS, Directeur Promotion Santé, Ministère de la Communauté Française.  
●Renaud QUOIDBACH, Responsable de Projets, Modus Vivendi.  
●Micheline ROELANDT, Psychiatre, Bruxelles.  
●Gustave STOOPE, Administrateur SOS Jeunes - Prospective Jeunesse.  
●Jacques VAN RUSSELT, Coordinateur Alfa, Liège, Président de la Fedito wallonne.

### Illustration de couverture

●Etienne SCHREDER

### Illustrations

●Jacques VAN RUSSELT

### Maquette et mise en page

●Henri Patrick CEUSTERS et  
Claire HAESAERTS

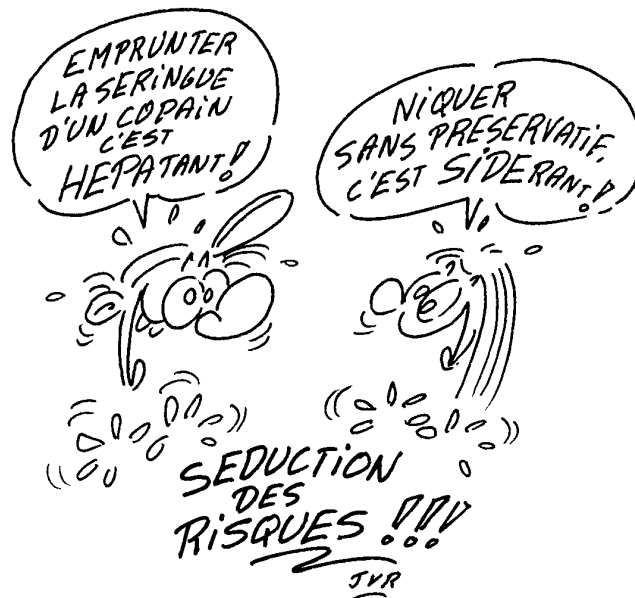
### Impression

●Nuance 4, Naninne

### Editeur Responsable

●Raymond VERITER

N° ISSN : 1370-6306



Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des "Cahiers de Prospective Jeunesse".

Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.

Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

### Publication trimestrielle

#### Abonnement annuel

#### Frais d'envoi compris

	Belgique	CEE	Autres pays
Institution	22.31	24.79	27.27
Personnel	18.59	21.07	23.55
Etudiant	14.87	17,35	19.83

#### Prix au numéro: 6.20

Numéro de compte bancaire : 210-0509908-31



### Prospective Jeunesse asbl

27 rue Mercelis - 1050 Bruxelles

Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : [cahiers@prospective-jeunesse.be](mailto:cahiers@prospective-jeunesse.be)

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>



Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.



Editorial de l'un de nos Cahiers consacré à la réduction des risques, pour information

## Risquer la réduction des risques...

La dernière édition des Cahiers consacre non pas un mais bien deux tomes (!) à cette approche relativement récente, relativement controversée et relativement novatrice qu'est la réduction des risques (RdR). Grossièrement décrite et appliquée au domaine des consommations, la RdR vise à réduire les risques/méfais (employer l'un ou l'autre terme n'est pas innocent) associés à l'usage de psychotropes.

Une telle démarche de prévention se veut d'une part résolument pragmatique, elle abandonne en effet la croyance en un idéal et impossible monde sans risque longtemps - et parfois encore aujourd'hui - fantasmé par certains courants de prévention. Or, l'on sait bien que le risque zéro n'existe pas et, franchement, est-il souhaitable ?

D'autre part, la RdR adopte un point de vue terriblement humaniste en refusant de poser tout jugement moralisateur ou autoritaire sur les consommateurs, de même qu'en leur donnant le choix et des outils (informations objectives, soutien, accompagnement) afin qu'ils gèrent leur consommation, se responsabilisent en prenant le moins de risques possible pour leur santé, mais également pour la santé de l'entourage et de l'environnement. Ce faisant, la RdR rétablit l'usager (on peut presque parler de «réhabilitation») dans son droit à la parole, à la liberté de choix, de même que dans sa capacité à poser des actes responsables et citoyens. Conformément à une logique de promotion de la santé, la RdR opte pour une démarche positive. Ni «terroriste» ni angélique, elle fait des consommateurs des acteurs de la prévention.

Bien entendu, une telle démarche ne manque pas de soulever certaines questions : quel «juste» discours pour l'acteur de terrain qui doit à la fois rappeler objectivement dangerosité de certains produits et usages tout en se gardant de juger ou d'effrayer le consommateur ? Comment rester cohérent en pratiquant la RdR dans un contexte de prohibition qui oppose produits légaux et illégaux et induit une distinction entre «bons» et «mauvais» produits qui ne peut, par ailleurs, être fonction de la toxicité de la substance ? De plus l'amalgame est vite fait, c'est interdit donc c'est mauvais (pour la santé) et celui qui en use est, par conséquent, un irresponsable, un criminel, etc.

Enfin, les acteurs de la RdR n'échappent pas non plus à la vague de «moro-criminalisation». Ainsi apprenions-nous, en juin dernier, l'inculpation de l'ex-président de l'association de RdR française Techno-Plus pour «avoir à Paris et sur le territoire national, courant 2002, en tout cas depuis un temps non prescrit, facilité l'usage de substance ou plante classée comme stupéfiants, en prodiguant sur un site Internet

[www.technoplus.org](http://www.technoplus.org) des conseils sur la manière de consommer de la cocaïne et d'autres stupéfiants...». Bref, chez nos voisins français, et peut-être chez nous dans la tête de pas mal de personnes en ce compris quelques politiciens, les dépliants de RdR diffusés en Communauté française et d'autres outils apparentés pourraient bien être assimilés à des objets de promotion de l'usage de stupéfiants, et donc à ce titre, être montrés du doigt et leurs auteurs condamnés!

**T**out ceci donne à penser qu'il est plutôt risqué de faire de la réduction des risques et, tout aussi sérieusement, qu'il est de notre devoir d'acteur de prévention de sensibiliser les décideurs à cette démarche, afin de réduire aussi le légendaire fossé entre acteurs de terrain et contexte politique (voir à ce sujet l'article de Line Beauchesne). Nous espérons contribuer à ce processus de sensibilisation en croisant les regards et les opinions à propos de la RdR, sans ériger cette dernière en Solution, en Réponse unique et sans faille à la problématique des usages (faut-il d'ailleurs poser la discussion en ces termes ?) mais bien en inscrivant la RdR dans une réflexion plus large sur le bien-être et, ce faisant, sur les consommations...

**P**our entamer plus rigoureusement la réflexion, il me semble incontournable, que chacun, de sa place et de là où il parle, s'interroge une fois encore sur les notions de «risque» (une **société sans risque** est-ce possible... ailleurs que dans un livre d'Aldous Huxley ?), de bien-être (existe-t-il sous **une seule forme** vers laquelle les individus **devraient** tendre ?) et de prévention (quand commence et quand s'arrête le **rôle de l'acteur de prévention** ?). «Partir de là où sont les gens», livrer nos représentations, n'est-ce pas là un préalable à toute démarche de promotion de la santé ?

Emmanuelle CASPERS

E  
D  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L

# DROGUES ET PREVENTION : POUR UNE REDUCTION DES RISQUES... DE CONFUSION

Henri Patrick CEUSTERS<sup>1</sup>

Ce texte pourrait s'intituler "Des préventions, que prévenir et pour quoi ?" ...

Ce "pour quoi" (en deux mots) pourrait sans doute être remplacé par "au nom de quoi ?". Il me semble, en effet, impossible de faire, ici, l'économie d'un questionnement sur les valeurs, les "visions" de l'homme qui sous-tendent toute action de prévention. La prévention construite à partir de l'idée que la toxicomanie (voire l'usage de produits) est une maladie peut-elle être la même que celle engagée à partir de l'idée qu'il s'agit d'un acte délictueux ?

Pour essayer de sortir de cette dichotomie, je proposerai ici d'envisager l'objet de la prévention non pas de façon négative (maladie-délict) mais de réfléchir à partir d'un concept qui n'est pas pensé comme un manque ou comme un déficit... c'est-à-dire essayer de penser en référence au concept de santé.

Aussi, je vous invite à un cheminement autour des concepts de santé et de "prévention" pour tenter de montrer que lorsqu'on dit "prévention" cela ne résonne pas toujours de la même façon... en fonction du lieu d'où l'on parle, de son mandat, de ses valeurs,...

La trame de cette réflexion sera l'évolution des conceptions de la "santé" et des approches de prévention qui peuvent en découler.

## Mots clés

- Promotion de la Santé
- Réduction des risques
- santé
- psychotropes
- responsabilisation

1. Psychologue, formateur à Prospective Jeunesse asbl.

## Aux origines du mot "prévention"... et du concept de santé

### De la prévention...

"Prévention" est un terme datant du XIV<sup>ème</sup> siècle qui désigne l'action de devancer.

On trouve une **première signification** du terme en droit. La prévention désigne la situation d'une personne prévenue

d'une infraction (sens littéraire = accusation).

Une **seconde signification** dit qu'avoir de la prévention, c'est avoir des a priori, des préjugés... un sentiment irraisonné d'attraction ou de répulsion antérieur à tout examen.

Ce n'est qu'au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle qu'apparaît la **signification courante** du terme. La prévention désigne l'ensemble des mesures préventives contre certains risques ainsi que

l'organisation chargée de les appliquer. Il s'agit donc d'un ensemble de mesures qui sont appliquées en amont de l'écllosion d'un problème afin d'éviter son apparition ou, s'il existe déjà, de sorte à agir pour en diminuer les conséquences.

Mais que s'agit-il de prévenir ? Quel type de phénomène s'agit-il de devancer ?

Aussi, lorsqu'on parle de prévention des toxicomanies, des usages des drogues, de la drogue... parle-t-on de la même chose ? S'agit-il de réalités identiques ou différentes ?

La prévention construite à partir de l'idée que la toxicomanie (voire l'usage de produits) est une maladie peut-elle être la même que celle engagée à partir de l'idée qu'il s'agit d'un acte délictueux ?

Pour essayer de sortir de cette dichotomie, je proposerai ici d'envisager l'objet de la prévention non pas de façon négative (maladie-délict) mais de réfléchir à partir d'un concept qui n'est plus pensé comme un manque ou comme un déficit... c'est-à-dire essayer de penser en référence au concept de santé.

La trame de cette réflexion sera constituée par un regard sur l'évolution du paradigme de santé et des approches de la prévention qui peuvent en découler.

### Petit voyage dans l'histoire de la santé

Dans son histoire de la santé, Rauch<sup>2</sup> signale qu'une préoccupation pour la prévention de la maladie apparaît déjà en Grèce au VIII<sup>e</sup> siècle avant J.-C.

A l'origine, la notion de prévention semble indissociable du champ de la médecine.

1. Au Moyen-Age, par exemple, le souci d'éviter, donc de prévenir, une maladie visait à **protéger une population saine contre la transmission de cette maladie**.

Au départ, il s'agissait bien de pratiquer des mesures d'exclusion aboutissant à l'isolement des sujets malades. C'est le principe des maladreries, des léproseries, des sanatoriums. Et ce modus operandi a été "ré-envisagé" par certains comme solution pour "juguler" l'épidémie de sida.

2. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la découverte des bactéries comme agents infectieux et des vaccins annonce l'entrée dans l'"ère pasteurienne", l'ère de la prévention scientifique, médicale... et des grandes campagnes de **vaccination** pour éradiquer la maladie.

Pour faire bref, on pourrait dire qu'il s'agissait dans ces deux cas de se défendre contre un agent extérieur, de mettre des barrières, d'empêcher qu'il ne se développe et entraîne des conséquences négatives pour un individu ou une collectivité. Dans cette optique, il s'agit bien de prévenir «**contre**».

La conception de la santé inscrite dans ce type d'approche est alors négative, il s'agit de l'**absence de maladie**.

3. Dès les années cinquante, la préoccupation semble se déplacer, la santé commence à être considérée comme **un capital à conserver**, à faire fructifier, les personnes doivent se donner les moyens de bien agir pour ne pas galvauder cette santé si précieuse. Il importe de poser les bons comportements, d'avoir une bonne hygiène de vie. Les critères sont toujours définis de l'extérieur, les indicateurs de bonne santé sont établis par des experts essentiellement

2. Rauch, "Histoire de la Santé", PUF, Que sais-je ?, 1995.

médicaux, on parle de santé physique, de santé mentale...

C'est l'individu qui est responsable de la gestion de son capital santé (approche surtout "économique"), il faut donc l'aider, lui apprendre à faire ce qu'il faut et surtout ce qu'il ne faut pas faire pour rester en bonne santé, c'est-à-dire à ne pas être malade.

4. Depuis quelques années, il devient assez classique de dire que la santé ce n'est pas seulement l'absence de maladie mais plutôt un **état complet de bien être, physique, mental et social**. Cette définition a été longtemps celle proposée par l'OMS et marque une évolution dans la conception de la santé en ouvrant vers une approche globale et positive.

Peut-on encore s'en satisfaire ?

L'individu jovial, l'obèse satisfait, ... qui trouvent dans l'alcool ou la nourriture leur bien-être sont-ils des êtres en bonne santé ?

A l'opposé, l'"homme normal" (ou devrait-on dire normalisé ?) est-il ce produit sain et insipide, dépourvu d'imagination et d'activité créatrice, quelqu'un dont la personnalité n'est entachée d'aucun trouble, content de son sort et parfaitement adapté à son milieu familial, professionnel et social ?

La santé semble trop souvent pour les professionnels, médecins, infirmiers, ... une fin en soi, un état (statisme) étayé par des données scientifiques, épidémiologiques, vérifiées statistiquement.

Or, "les sujets humains sont précisément des **sujets**, c'est-à-dire des êtres "subjectifs" dont les réactions sont liées bien davantage à la signification qu'ils attachent à leurs comportements qu'à l'objectivité des conséquences mécano-médicales que

l'analyse statistique prétend définir." (J.-F. Malherbe).

Dès lors peut-être les humains sentent-ils confusément qu'une recherche excessive de sécurité conduit à une paralysie, une atonie qui préfigure déjà la mort ?

Et comme le précise J.-F. Malherbe, "Il y a des risques qui valent sans doute la peine d'être courus pour que la vie vaille la peine d'être vécue, qu'elle ne dissolve pas, dans l'enchaînement maniaque et peureux des précautions sans fin, tous les sels qui lui donnent sa saveur."

Ainsi, suscite-il la gageure d'une définition de la santé (si tant est que cela soit possible) conciliant à la fois des objectifs à long terme, des idéaux avec des objectifs plus spécifiques, plus dynamiques tenant à la fois compte de la diversité, de la complexité des individus et des cultures.

La santé serait donc plus à considérer comme un **processus** que comme un état, **mêlant le plaisir à vivre avec suffisamment d'estime de soi pour rechercher un (son) bon équilibre physique, mental, social, ...**

La définition de la santé, de la bonne santé (?), ne pourrait dès lors qu'être individuelle, et approchée en mettant en avant l'**autonomie** (à ne pas confondre avec la notion d'autarcie, l'autonomie impliquant aussi la prise en compte de la liberté des autres) des individus dans une société (avec la notion de libre choix plutôt que de consentement éclairé pris dans le sens d'accepter ce que l'expert médical propose).

Cela implique nécessairement la notion de liberté, liberté d'accès aux informations, aux ressources quand on a besoin de support ou d'aide. Et bien sûr

des conditions politiques, sociales et économiques qui permettent de pouvoir poser certains choix en toute responsabilité.

## Et la prévention des assuétudes ?

Tentons maintenant de recentrer le propos.

Qu'en est-il de ce que l'on peut appeler les assuétudes et les toxicomanies ? Et qu'en est-il de leurs préventions (le terme "préventions" est mis volontairement au pluriel) ?

Parallèlement au développement historique proposé précédemment, on peut relever plusieurs grandes tendances dans les programmes de prévention d'abus de drogues.

### 1. Les programmes axés sur la crainte de la contamination : "dépister pour écarter ou pour punir"

Il s'agit ici de mettre sur pied, dans les écoles par exemple, des opérations de dépistage des usagers de produits illicites et d'écarter ces jeunes afin qu'ils ne contaminent pas les autres. C'est la logique de la poire pourrie qui infecte tout le panier.

Cette logique poussée à l'extrême peut inciter à la délation : ainsi, par exemple, aux USA, une jeune fille a été félicitée par Nancy Reagan parce qu'elle avait fait preuve de "civisme" en dénonçant ses parents comme consommateurs de cocaïne. Et bien sûr ces mauvais parents, mauvais citoyens ont été punis, emprisonnés. L'histoire ne dit pas ce qu'il est advenu de cette jeune fille après l'incarcération de ses parents.

Ce type d'approche consiste aussi à utiliser la menace et la punition, elle se fonde sur l'effet de dissuasion attendu de l'existence et de l'application de la

sanction et de sa valeur exemplative.

### 2. Inoculer la "vérité", le message qui vaccine : " Dites NON à la drogue ! "

Il s'agit ici, partant du principe que la cause de la toxicomanie est l'ignorance, d'inoculer la "bonne" connaissance (et donc la "bonne" attitude) vis-à-vis des substances désignées comme "drogues" : on privilégie les déclarations magistrales, les présentations unilatérales de l'information et les appels à la peur (warning).

Le savoir transmis par l'autorité est bien vite démenti par les contradictions soulevées de la confrontation avec le savoir véhiculé dans les milieux proches du jeune, éventuellement par les utilisateurs de produits que côtoient les jeunes s'ils ne sont pas eux-mêmes consommateurs.

De plus, l'exagération de certains éléments en termes de danger risque, d'une part, d'annihiler la légitimité du discours et le crédit accordé à l'informateur et, d'autre part, de provoquer des effets pervers bien connus : attirance pour le produit plutôt que rejet. Sans parler du caractère essentiellement transmissif de la méthode qui fait du "public" un objet passif, réceptacle de savoir.

Voici un exemple-type de ces programmes décrit par Line Beauchesne.

Les choses se passent en général comme suit :

"Un policier est accompagné d'un ex-toxicomane. Le policier étale sur la table une panoplie d'échantillons de drogues illicites, sans oublier la seringue avec sa symbolique de mort. Il n'y a pas de bouteille de bière ou de vin sur la table (on évite ainsi de créer des liens de parenté entre les drogues licites et illicites pourtant si pertinents dans une approche globale). Cette panoplie de drogues illicites par



contre vise à créer une parenté entre la marijuana fumée et l'héroïne consommée par injection, concentration de drogues qui n'ont rien à voir entre elles et dont l'usage de l'une ne conduit pas nécessairement à l'autre comme l'ont montré nombre d'études".

Pointons également que le policier n'est pas accompagné par un ex-alcoolique (cela mettrait produits licites et illicites sur le même pied et puis certains de ces adolescents peuvent avoir des parents alcooliques).

La parole est donnée à l'ex-toxicomane: "Ce dernier, même s'il était poly-consommateur de drogues licites et illicites et qu'il a connu une foule de problèmes socio-économiques, de carences affectives familiales ou sociales, mettra l'accent sur son usage de drogues illicites pour expliquer l'ensemble de ses problèmes". ... Et s'il témoigne aujourd'hui, c'est pour éviter aux jeunes de vivre son drame!

Ici, c'est donc bien le contrôle social qui prime, sous le couvert du dialogue. Ce qui est sous-entendu dans le message c'est "Les jeunes, si vous n'êtes pas suffisamment autonomes pour dire non aux drogues telles que la marijuana, la frontière est mince entre le joint et la seringue. Ne comptez pas pouvoir apprendre à gérer votre consommation de drogues illicites, c'est impossible".

Pour éclairer ses propos, l'auteure va transposer ce type d'intervention dans le cas d'un autre produit dont l'usage n'est pas perçu aussi négativement que celui des drogues illicites et dont le mauvais usage génère des milliers de morts partout dans le monde.

De plus, pour se procurer ce produit, certains jeunes commettent des délits.

Elle va parler de la voiture!

Elle reprend la démarche, avec dans le

rôle de l'ex-toxicomane, un accidenté de la route, à la place des échantillons de drogues, le policier place sur la table des petites voitures. Je vous laisse imaginer la situation.

Le message dans cette situation devenant "Les jeunes dites non aux petites voitures car quand on y a goûté..."

Pourtant dans le cas de la voiture, on en reconnaît les plaisirs, les avantages, la valeur sociale,... tout en reconnaissant qu'il faut agir pour prévenir les accidents de la route et les conduites dangereuses de certains conducteurs.

**Tous les usagers de voiture ne sont pas discrédités parce qu'il y a parfois de mauvais produits, de mauvaises routes,... et des individus qui ont des comportements à risque au volant.** On ne songe pas à interdire la voiture. Pourquoi discréditer tous les usagers de drogues illicites parce qu'il y a parfois de mauvais produits, de mauvaises informations et certains individus qui ont des comportements à risque?

Bien sûr, comparaison n'est pas raison. Mais cela permet de relire la problématique avec un autre regard.

En fait, lorsque la police vient faire de la prévention d'abus des drogues, le messenger, - représentant de la loi -, est le message, - il faut obéir à la loi.

### 3. Eduquer à "bien faire", conduire sur le "droit" chemin.

Les personnes qui consomment, autrement dit qui n'adoptent pas les bons comportements pour rester en bonne santé (conserver ou faire fructifier leur capital santé), sont des personnes soit incompetentes, soit à problèmes, il faut donc les aider. On sait ce qui est bien pour eux! La prévention s'articule en grande partie autour de pratiques éducatives, souvent normatives, lors de séances d'éducation sanitaire (hygiénisme?).

C'est ce qu'on pourrait appeler l'aide dans le contrôle (prise en charge de l'usager malgré lui et pour son bien).

Cette approche ne distingue pas l'abus de l'usage.

#### 4. La promotion de la santé et la réduction des risques

La promotion de la santé repose sur une conception globale, dynamique et positive de la santé et vise à augmenter chez l'individu et la collectivité le pouvoir d'agir sur leur santé.

La réduction des risques est une philosophie de l'action éducative et sanitaire sans préjugé moral ni étiquetage psychiatrique. Elle part du constat que l'éradication des comportements à risques est irréalisable (donc dangereuse).

Interdit-on aux enfants d'apprendre à monter à bicyclette pour que plus tard ils ne conduisent pas de moto ?!

Vouloir bannir de la société toutes les conduites à risques par l'interdit et l'exclusion, promettre une société assurant la sécurité absolue dans tous les domaines est un mensonge politique, un rêve totalitaire. En ce qui concerne l'usager -le consommateur de drogues-, cela lui donne un statut oscillant entre bouc émissaire et/ou vedette médiatique (selon le lieu d'où l'on regarde les choses).

Ainsi, cette approche se fonde sur un questionnement éthique et non sur une vision moralisatrice, elle vise à restaurer, pour l'individu, des possibilités de choix concernant son bien-être et ses relations "harmonieuses" avec les autres dans la cité. Plutôt que tel ou tel comportement (jugé bon et par qui ?), ce qui est en point de mire, c'est l'adoption volontaire d'un comportement correspondant à la personne, à ses valeurs, son mode de vie, la situation qu'elle traverse,...

Quand un phénomène est pointé comme

un problème de société, il importe de se pencher sur la complexité de ce phénomène : la consommation de produits, licites et illicites, relève d'interactions entre la personne, le produit et l'environnement et s'inscrit dans des modèles socio-culturels.

Bien qu'actuellement, dans le domaine des drogues, la stratégie dominante est celle de la dissuasion en utilisant l'information et le dialogue dans un contexte de prohibition internationale, réduire les risques consiste à promouvoir des mécanismes de contrôle avec pour finalité de rendre le plus improbable possible la survenue d'accidents et d'éviter le maximum d'incidents dus au hasard. Deux types de contrôles sont présents : les autocontrôles et les hétérocontrôles. Les autocontrôles sont décidés par les sujets, ceux qui prennent les risques, par exemple, les usagers de drogues. Les hétérocontrôles, quant à eux, sont les contrôles par l'entourage selon des normes et des procédures réfléchies et décidées par les institutions.

En tant que professionnels, il importe de rester modestes, il n'est pas en notre pouvoir de supprimer les risques, ce qui ne signifie bien sûr pas l'abandon de tout espoir de pouvoir créer un contexte susceptible de les diminuer.

C'est une question de nuances. Diminuer les risques suppose pouvoir les évaluer et les contrôler dans le respect des personnes, et non dans "un rejet mêlant fascination et répulsion".

Permettons que le sujet (l'usager) fasse correctement et en connaissance de cause pour lui-même, et dans le respect d'autrui, ce qu'il a, à un moment donné, décidé de faire.

Il est ainsi souhaitable d'interagir avec les usagers pour diminuer ensemble les risques, comme avec ceux qui prennent d'autres risques.

Ainsi, dans notre société, sont acceptables, entre autres, les risques

## Bibliographie

Malherbe Jean-François, "Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée", Catalyses, 1994.

Beauchesne Line, "Les programmes de prévention des abus des drogues en milieu scolaire", Les Cahiers de Prospective Jeunesse, Vol. 2, n° 3, 3<sup>ème</sup> trimestre 1997.

Prospective Jeunesse éditions, "A l'école du risque, un parcours de prévention des toxicomanies à l'école primaire", 1992.

Ceusters Henri Patrick, "Des préventions : que prévenir et pour quoi ?", Actes des journées de formation pour intervenants sociaux, La Louvière, octobre-novembre 1997.

Ceusters Henri Patrick, "Les abus de drogues... du dépistage à la promotion de la santé", Clefs, février 1998.

François-Xavier Colle, "Toxicomanes, familles et systèmes", érès, 1996.

liés à la conduite des motos.

Comme les drogues, c'est une activité qui concerne le rapport de l'individu au plaisir, à la souffrance et à la peur, au superflu, à la curiosité, au défi à soi et aux autres.

Cette activité est réglementée et la société peut utiliser ses institutions pour imposer des mesures de réduction des risques. Ces mesures limitatives, autres qu'interdictives, définissent des garanties de protection pour ceux qui s'adonnent à cette activité et leurs spectateurs éventuels : port du casque, limitations de vitesse, rouler phare allumé pour être vu des automobilistes et des piétons,...

Et pourtant, il existe toujours une surmortalité des usagers des deux roues. Et cette activité à risque élevé n'est pas interdite, les motards ne sont pas des hors-la-loi!

Pourquoi cette approche pragmatique des activités humaines ne serait-elle pas valable pour les consommateurs de substances stupéfiantes?

Les mentalités changent et les attitudes évoluent en matière de drogues et de médicaments. Ne pourrait-on accompagner ces changements plutôt que de se crispier sur des "réflexes phobiques" datant de l'âge du puritanisme?

Actuellement, la tendance dominante, dans la "gestion" des rapports aux psychotropes, demeure la dissuasion par l'information ou l'exigence de l'abstinence. Tout choix intermédiaire est nié, jugé inacceptable.

Certains choix s'organisent dès lors dans la clandestinité, qui maintient et amplifie les effets pervers du contexte actuel. Ainsi s'auto-entretient la stigmatisation de nombreux citoyens. C'est la négation de multiples usages et de stratégies de consommation ayant des risques variables. Par peur ou par ignorance, on méprise ces différents paliers d'usages.

## En guise de conclusion...

### Quelle place pour l'acteur de prévention ?

Du côté de l'intervenant, la prévention pourrait se définir alors comme une relation d'accompagnement, c'est-à-dire susciter, faciliter, encourager le **choix libre et éclairé d'un comportement toujours à adapter**, c'est promouvoir plutôt que contraindre.

La prévention a une place... seulement si elle est à sa place.

Si la prévention est un pari sur l'avenir, c'est aussi un pari ingrat ! Parce que l'adulte est là pour lancer le jeune dans une aventure dont il (l'adulte) ne connaîtra pas l'issue. Conscient que son rôle n'est pas seulement de transmettre un savoir, mais aussi de donner aux jeunes les meilleures chances de devenir des adultes autonomes, critiques et responsables, il sème pour que d'autres récoltent, en visant un mûrissement lent et solide.

Ainsi, si l'on habite une maison au bord de l'océan, plutôt que de bâtir un mur autour de cet océan, ne vaut-il pas mieux apprendre à ses enfants à nager ?



# Y A-T-IL UNE ISSUE ENTRE LE RISQUE ZERO ET LA CATASTROPHE ?

Martine BANTUELLE<sup>1</sup>

Le risque est de plus en plus présent dans le débat public et le concept est évoqué aussi bien en ce qui concerne les comportements individuels, que les menaces écologiques et naturelles, les systèmes technologiques ou encore le monde économique. C'est d'abord dans le milieu du travail que la notion s'est officialisée, suivie ensuite par celle des risques sociaux. Dans le domaine environnemental, elle s'est popularisée pour progressivement se donner une dimension morale. Certains parlent de "société du risque". Mais comment le risque se construit-il ? Est-il quantifiable ? Est-il évitable ?

## Mots clés

- promotion de la sécurité
- prise de risque
- représentation
- culture
- société
- sens
- projet de vie

1. Directrice de l'asbl Educasanté.

## Risque et danger

Si on se réfère à la littérature qui traite des accidents, le danger est défini comme la tendance d'un système à engendrer un ou plusieurs événements accidentels. Ceux-ci surviennent selon deux dimensions : la probabilité et la gravité. Le risque est considéré comme la mesure du danger selon ces deux dimensions.

Dans le domaine des accidents du travail comme celui des grandes catastrophes (tremblements de terre, accidents nucléaires, pollutions chimiques...) des échelles de gravité ont été élaborées ainsi que des systèmes d'aide à la décision. La capacité à mesurer le danger démontre que la fatalité n'existe pas, qu'un événement accidentel n'est jamais fortuit, que bien au contraire il est prévisible et donc évitable.

Dès lors, l'intervention peut revêtir deux formes : la prévention qui agit sur la survenue de l'événement accidentel

(la probabilité) et la protection (nommée également contrôle ou gestion) qui réduit la gravité.

## Danger réel et risque perçu

Ces outils de mesure du risque sont affaire de spécialistes. A l'échelle du comportement humain, la relation au danger est liée à la représentation que chaque individu se fait du risque. On peut dire dans ce cas, que le danger est réel mais que le risque est perçu. Cette perception est conditionnée par de multiples facteurs.

La perception du risque est l'issue d'une construction qui relie des informations produites par différents systèmes. Bien entendu, celui du vécu individuel est fait des émotions et des savoirs. L'expérience y joue un rôle important, la sienne ou encore celle de personnes proches.

Au-delà, l'organisation des efforts et des dispositifs de sécurité, les perceptions collectives, la médiatisation des idées culturellement

reconnues sont autant d'éléments qui modulent la représentation que se fait chaque individu.

## Risque et société

Le rapport avec la prise de risque est largement conditionné par les valeurs dominantes d'une société. Les adaptations, réponses et applications révèlent la pluralité de la signification du risque dans le contexte socio-économique actuel.

La situation de non-emploi, les actions terroristes, les catastrophes alimentaires (vache folle, OGM...), les pollutions, sont autant de risques qui sont vécus comme écrasants et omniprésents par les individus. Plus ceux-ci ont le sentiment d'avoir perpétuellement à les subir et d'être placés en état de dépendance de décisions non maîtrisées, plus la demande de protection à l'égard de l'état providence augmente.

Parallèlement, la valorisation de la prise de risque est présente dans tous les secteurs : exaltation du sacrifice de soi (exploit de guerre), valorisation de la puissance (vitesse de la voiture), de l'esprit de conquête (exploit du navigateur solitaire), innovation technologique, fascination pour des situations extrêmes (pratique de certains sports, "jeux d'argent"), incitation à des postes de travail dangereux (prime de risque).

Paradoxalement, la définition des limites à la prise de risque débouche sur des dispositifs de protection et de sanction : sanction de l'imprudence (excès de vitesse), sanction de la négligence (port du casque sur un chantier), sanction de la mise en danger de la vie d'autrui (moniteur de ski et pratique du hors piste).

Au cœur de ces interactions, l'individu en recherche de sens construit son rapport au risque. La prise de risque peut répondre à un désir de stimulation pour rompre l'ennui de l'excès d'intégration. Au contraire, elle peut exprimer la souffrance, le besoin de reconnaissance et d'expérimentation de soi, provoqués par le manque d'intégration.

Pour beaucoup, des motivations positives stimulent le goût du risque : la recherche du plaisir, la capacité de franchir des obstacles et combattre des difficultés, le sentiment d'avoir une prise sur son existence et tout simplement le goût de vivre.

## Culture du risque

Le risque joue un rôle évolutif prépondérant tant à l'échelle individuelle que sociétale. C'est dans le rapport à la prise de risque que va se jouer la capacité à en tirer un maximum de bénéfices.

Pour favoriser une culture du risque, une double vigilance s'impose. D'abord la sauvegarde des conditions de base nécessaires à assurer la sécurité des individus. Ensuite, la mise en place de dispositifs favorisant le choix et la responsabilité de chaque personne.

C'est dans un climat de sécurité que la prise de risque va pouvoir servir à la vie sans la détruire. Quatre conditions sont essentielles pour assurer cette sécurité :

- **Un climat de cohésion et d'équité protégeant les droits et les libertés :** l'harmonie entre les groupes différents qui composent la société quels que soient l'âge, le sexe, la race, les comportements, la cohabitation non violente, la lutte contre les inégalités.

## Bibliographie

Kerven G.Y. et all, "L'archipel du danger", Ed. Economica, Paris, 1991.

Tubiana M. et all, "Risque et société", Ed. Nucléon, Paris, 1999.

"Séminaire sur la sécurité et la promotion de la santé", OMS et MSSS du Québec, Québec, 1998.

Tursz Anne, "Adolescents, risques et accidents", CIE et DOIN, Paris, 1987.

"Rapport mondial sur la violence et la santé", OMS, Genève, 2002.

- **La prévention et le contrôle des traumatismes** : tant au niveau de l'environnement que des comportements.

- **Le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle et psychologique des personnes** : ne pas être personnellement agressé physiquement ou psychologiquement, ne pas se faire dérober ou vandaliser.

- **L'accès à des moyens efficaces** : ressources matérielles, humaines, financières, programmes et services, sécurité publique.

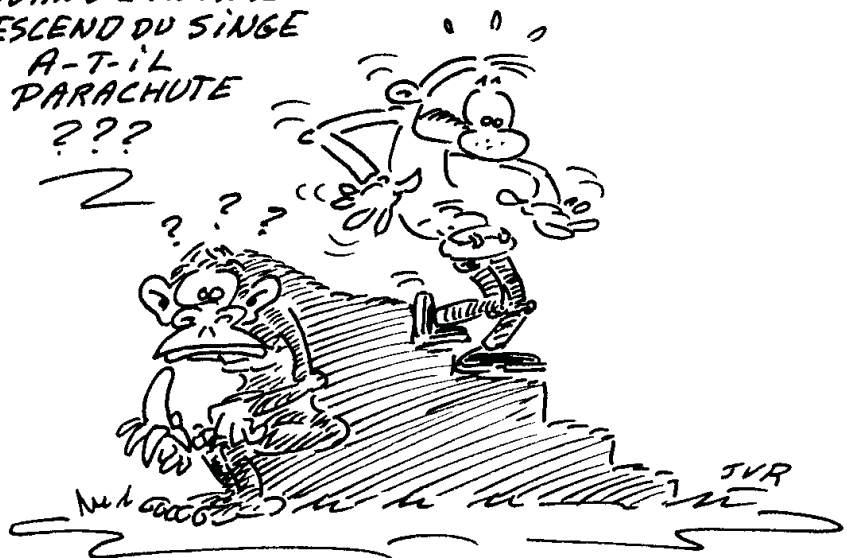
Cela signifie la mise à disposition des informations, des ressources et des moyens qui permettent à chacun d'évaluer les rapports entre plaisir et danger, entre fatalité et volonté de maîtrise de son destin, entre bénéfice attendu et dommage possible. Autant d'éléments utiles au renforcement des capacités de choisir et d'agir.

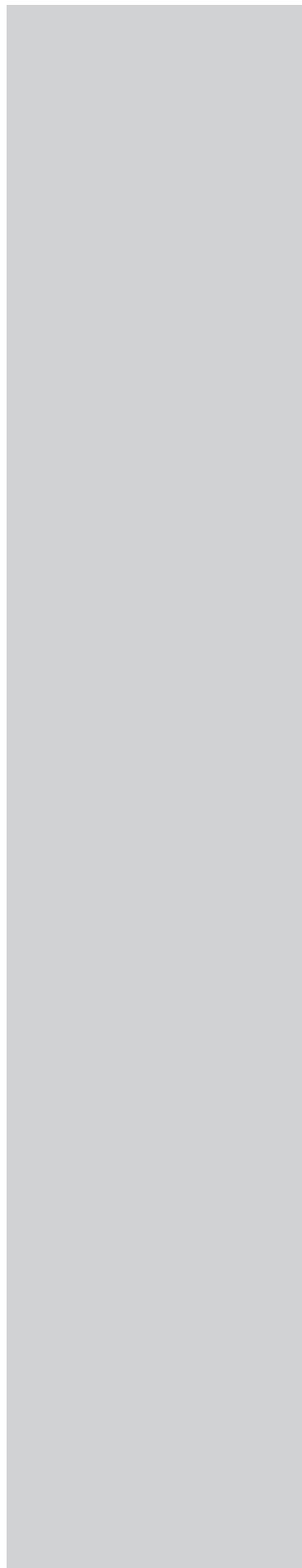
Dans une démarche de promotion du bien-être et de la santé, une approche positive de la prise de risque a bien sa place. Combattre le goût du risque, empêcher les explorations aventureuses, critiquer les plaisirs et prôner la sécurité sont des interventions inefficaces voire contre-productives. Nous proposons quelques pistes où des ressources sont à développer : l'élaboration et l'appropriation par chacun d'instruments d'évaluation du risque, la mise en œuvre d'alternatives propres à réduire les risques, la mise en place d'un système de vigilance capable de débusquer les risques imposés à des groupes de population et le soutien à toutes les initiatives qui valorisent la vie.

## Pour une pédagogie de la prise de risque

Le développement d'une culture du risque passe aussi par l'engagement des citoyens. Cet engagement se concrétise par la participation aux décisions qui les concernent et par la mise en place de formes de solidarité qui permettent la prise de risque sans disqualification.

QUAND L'HOMME  
DESCEND DU SINGE  
A-T-IL  
UN PARACHUTE  
???





# LIMITES ET ENJEUX DE LA PREVENTION PARTICIPATIVE

Catherine VAN HUYCK<sup>1</sup>

La citoyenneté est un concept qui a beaucoup été utilisé en santé publique. Lors de la création des organismes thématiques<sup>2</sup> de prévention du sida, ce concept constituait une base clé. Pour Ex Aequo, Modus Vivendi, Espace P et Latitudes, la prévention ne pouvait être que participative. Sans doute parce que Modus Vivendi, comme ces autres associations, travaillait avec un public qui manquait cruellement de reconnaissance, à qui cette place de citoyen était refusée. Il était urgent de lui donner la parole avant de définir de grandes politiques de santé. Comment vivait-il l'épidémie du sida, quels risques courait-il et comment pouvait-il se protéger... ? Nous ne pouvons faire l'économie de l'écouter, si nous voulions tenter de répondre à ces questions.

## Mots clés

- citoyenneté
- promotion de la santé
- prévention participative
- auto-support
- pairs

1. Licenciée en philosophie, Modus Fiesta (antenne de Modus Vivendi).

2. Organismes qui ont été créés autour de publics spécifiques : les migrants, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes prostituées et les usagers de drogues.

3. En référence aux «jobs d'étudiants», nom donné aux usagers de drogues qui travaillent avec nous pour deux raisons : nous les payons (tout travail mérite salaire) et il s'agit de prestations occasionnelles. Ils sont donc nos "collègues" même s'il y a un lien de subordination.

Très vite, nous nous sommes rendu compte que ne parler que du sida par rapport aux populations que le virus touchait le plus durement posait de nombreux problèmes éthiques. En travaillant de manière participative, nous avons constaté que nous ne pouvions faire l'impasse d'autres risques, plus importants à leurs yeux (ou, en tout cas, plus immédiats), que celui de contracter le sida. En effet, comment dire à quelqu'un «mets un préservatif, utilise une seringue propre...», alors que ses préoccupations immédiates sont tout autres : trouver un toit pour ce soir, risquer de se faire exclure par l'annonce de son homosexualité, éviter les contrôles policiers car de statut clandestin... À ce moment-là, pour cette personne, ces questions sont plus proches et plus réelles que celle de contracter le sida. Très vite, nous nous sommes tous décidés qu'il fallait intégrer la prévention du sida dans une démarche de promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa, à savoir «un processus qui

confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci».

Cette démarche est assez similaire à celle décrite dans le décret du 14 juillet 1997 organisant la Promotion de la Santé en Communauté française. On y parle d'un «processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale».

À Modus Vivendi, au fil du temps et de notre travail, il nous est apparu que si la prévention participative était incontournable, elle présentait également des risques de dérive. Paradoxalement, notre manière de travailler pouvait engendrer des risques pour les jobistes<sup>3</sup> qui travaillaient avec



nous. C'est de cela dont nous aimerions vous faire brièvement part ici.

La prévention participative véhicule des enjeux autres que sanitaires. En travaillant non plus "sur l'usager" mais "avec lui" <sup>4</sup>, on lui restaure sa place politique, de citoyen, à savoir qui agit pour le bien de la cité. Il s'agit d'un processus constant et non d'un moyen en vue d'une fin. Nous faisons alors savoir à nos publics qu'ils sont capables non seulement de définir les problèmes mais aussi de participer à l'élaboration et à la mise en place de projets. Ce qui permet également - par le passage du rôle de "celui sur qui l'on agit" à celui d'acteur - de lutter contre l'exclusion sociale. En effet, en prenant place dans des processus de participation visant à améliorer la santé (au sens de bien-être) de ses concitoyens, l'usager retrouve une place, un rôle dans la société civile.

Le risque de dérive ici serait de percevoir cette participation uniquement comme un outil. Ce qui lui ôterait son approche démocratique et passerait outre la question de la citoyenneté. Cette participation pour qu'elle soit citoyenne ne doit pas être perçue uniquement comme un dispositif.

La prévention participative amène la question de la solidarité et de l'échange. Par exemple, dans les comptoirs d'échange de seringues, du matériel est donné mais aussi reçu. Les consommateurs ramènent leurs seringues usagées au comptoir afin que d'autres ne se blessent pas ou ne se contaminent avec leur matériel.

Une dérive consisterait à abandonner la prévention aux usagers en se disant «qu'ils n'ont qu'à s'en charger». La solidarité civile doit jouer dans les deux sens. Le pair a ses limites et si on le surinvestit, on peut le mettre en danger. Ce fut notamment le cas de certains programmes de prévention du suicide dans les écoles : des écoliers y étaient

formés afin d'être des acteurs de prévention du suicide auprès de leurs pairs, se retrouvant ainsi face à une mission écrasante qui les dépassait : diminuer le taux de suicide parmi les jeunes écoliers. Plusieurs ont pris leur rôle tellement à cœur qu'ils n'ont pu supporter l'échec de la prévention auprès de certains de leurs pairs. Ce qui eut des conséquences catastrophiques sur leur équilibre. Le pair ne remplace pas le professionnel. Du fait de son implication, il apporte une richesse énorme mais une émotivité qui l'est également. C'est au professionnel à veiller à ne pas le mettre en danger.

La prévention participative ne doit pas nous amener à brandir un pair fantoche, une marionnette. Nous devons accepter de pouvoir être ébranlés par leurs paroles, de pouvoir être remis en question. En bref, de véritablement dialoguer... Il est parfois très vexant de s'entendre dire "Mais c'est du délire ton truc, c'est pas du tout ça !"... Pourtant, en général, c'est salutaire pour les projets!

Une troisième dérive serait, d'autre part, d'appliquer la prévention participative de manière «jusqu'aboutiste» : il n'y aurait plus qu'un seul savoir, celui de l'usager. Je pense, par exemple, à un consommateur qui me disait : «Tu ne peux rien dire de l'injection car tu ne t'es jamais injectée» et qui était persuadé qu'une injection d'eau salée permettait d'arrêter une overdose. Le public n'a pas le monopole du savoir. C'est quelque chose qu'on partage et qui s'élabore ensemble à partir d'une multiplicité de points de vue.

Une autre dérive serait de ne pas faire de différence entre participation et auto-support.

La participation fait partie de la promotion de la santé, mais elle a des implications politiques. L'auto-support

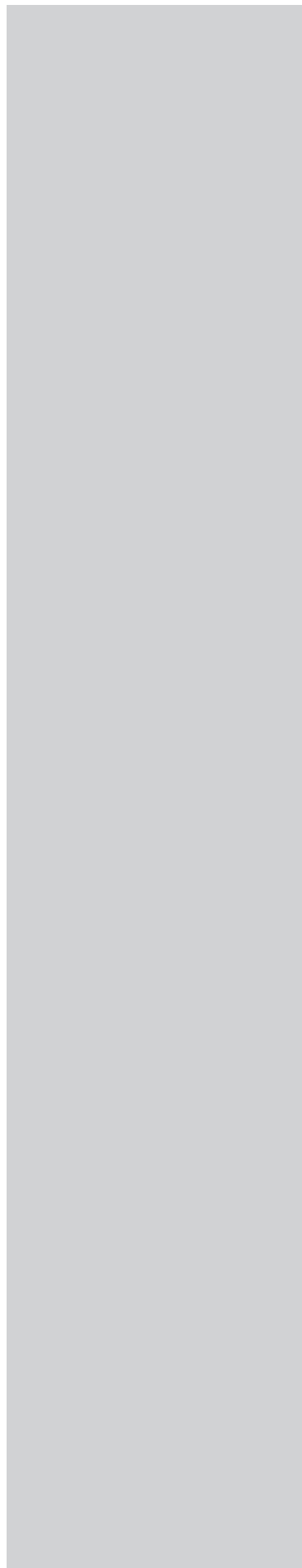
4. Si le travail thérapeutique considère que cette démarche va de soi, ce n'est pas toujours le cas du travail de prévention.

5. Martine Bantuelle, Jacques Morel et Denis Dargent, "Santé communautaire et la promotion de la santé. Tome 4. La participation et les acteurs", Santé, Communauté, Participation, Bruxelles, 2000.

est avant tout un acte politique mais qui peut entraîner des implications sanitaires. Prenons ainsi l'exemple du CCLA, groupe d'auto-support, qui a créé en Belgique le premier comptoir d'échange de seringues. Les deux démarches sont nécessaires mais différentes et doivent se respecter mutuellement. Une prévention participative qui n'encouragerait pas la création de groupes d'auto-support n'aurait pas de sens parce qu'elle n'irait pas au bout des valeurs qu'elle défend.

La participation citoyenne des usagers de drogues est un idéal qui a ses limites dans la pratique. Cette tension entre

l'idéal et la pratique est féconde car elle nous oblige à avoir une attitude résolument critique par rapport à la vision que nous avons de la participation et la manière dont nous la mettons en œuvre. Les consommateurs, lorsqu'ils participent à nos programmes, ne nous permettent pas de faire passer nos considérations de santé publique au détriment de leurs besoins, ils nous titillent jusqu'à ce que nous ayons le mot juste, celui qui leur parle. Il s'agit ici de l'exercice périlleux de la démocratie en acte car "dès qu'on l'envisage sous l'angle du processus, la participation acquiert une dimension politique."<sup>5</sup>



# MAXIMISER LES RISQUES ?

Docteur Jean-Pierre JACQUES<sup>1</sup>

L'auteur présente quelques considérations sur les valeurs qui président aux politiques de drogues et les résultats inattendus de ces dernières. A la réduction des risques, il oppose un concept antérieur, qui devrait s'appeler la maximisation des risques. Cette dernière, comme modèle unique de la prévention et des traitements, visait l'abstinence et la dépendance zéro.

De façon implicite, l'évolution tragique des éclopés de la quête de l'abstinence était un ingrédient indispensable des politiques de prévention et de dissuasion. Il repère une forme de darwinisme social de ces politiques des drogues qui opéraient une sélection des plus adaptées et un sacrifice des autres, utile au titre de repoussoir.

L'épidémie de sida déclencha une réaction de remise en question de ces politiques de maximisation des risques, dont le présupposé postulait que le sujet humain réagit en sujet rationnel. Cette hypothèse semble démentie par l'observation.

A contrario, les stratégies de réduction des risques, orientées par un idéal de risque minimal, s'adressent prioritairement aux sujets qui ne veulent pas ou ne peuvent pas renoncer aux drogues ou à leur dépendance. Il préconise un dispositif pluriel qui soit l'âge démocratique de la rencontre des usagers de drogue avec la citoyenneté et de la rencontre des politiques des drogues avec l'hétérogénéité des usagers de drogues.

## Mots clés

- réduction des risques
- maximisation des risques
- dépendance
- abstinence
- dissuasion
- sida
- darwinisme social
- sujet rationnel
- masochisme
- démocratie

1. Psychanalyste, Médecin-Directeur du Lama, Bruxelles.

2. Pour une description du concept de réduction des

Je ne proposerai ici ni chiffres, ni définition, ni description de programmes<sup>2</sup>; je sou mets plutôt à la réflexion quelques considérations sur les valeurs qui président aux politiques de drogues et les résultats inattendus de ces dernières.

La mode est à la réduction des risques. Ce concept nouveau remet en question ou envoie à la casse un concept antérieur, qui, par opposition, devrait s'appeler la maximisation des risques. Cette évolution est constatée depuis 20 ans dans tous les pays développés, à des vitesses très variables d'un pays à l'autre.<sup>3</sup> Mais les concepts antérieurs

ne se laissent pas si facilement oublier, et peuvent même se dissimuler dans les concepts nouveaux, comme les pratiques magiques peuvent infiltrer les pratiques dites scientifiques. Il me semble très important de comprendre tous les aspects du concept de maximisation des risques qui est progressivement abandonné, pour connaître ce qui disparaît afin qu'il ne fasse pas retour, sournoisement, dans les pratiques dites de "réduction des risques".

Ainsi, il est assez piquant de trouver un hommage à la réduction des risques dans une déclaration<sup>4</sup> de la Fédération mondiale des Communautés

thérapeutiques. Celle-ci confirme d'abord l'objectif d'abstinence comme priorité, pour annexer ensuite la réduction des risques : "Abstinence is a goal for individuals in the Therapeutic Community process (...). Treatment of addiction, which takes place in Therapeutic Communities, is Harm Reduction." (*L'abstinence est un but pour les personnes engagées dans un processus en Communauté Thérapeutique (...). Le traitement de la dépendance, qui a lieu dans les Communautés Thérapeutiques est (de la) Réduction des Dommages*).

Faut-il rappeler que depuis les années '60 jusqu'à la fin des années '80, c'est-à-dire depuis la réapparition en Europe d'une épidémie significative d'usage de drogues dans la jeunesse, le modèle unique de la prévention et des traitements visait l'abstinence, c'est-à-dire l'abstention de toute drogue et la cure de désintoxication. Je propose de désigner ce modèle comme l'option dépendance zéro. Il se résumerait en un slogan vigoureux : l'indépendance ou la mort !

Derrière cette pensée unique, il y avait un implicite, qui n'était pas démasqué à l'époque. Qu'en était-il de ceux qui n'obéissaient pas à la propagande de la prévention ou à ceux qui ne se soumettaient pas aux dispositifs de traitement visant l'abstinence ou encore de ceux qui échouaient en dépit de leurs courageuses tentatives ?

Ceux-là étaient négligés, oubliés, niés dans le discours officiel, qui ne comptabilisait que les effets de la prévention ou des traitements chez ceux qui en tiraient bénéfice. Peu d'études s'attardaient à évaluer le devenir des usagers qui avaient abandonné un programme de traitement ou qui en avaient été exclus, sauf pour servir de sujets contrôle, c'est-à-dire pour démontrer le bien fondé du programme en question. Leur sort, leur

survie, leur santé, leur insertion n'avaient d'intérêt que comme point de référence, pour démontrer qu'ils étaient dans l'erreur en persistant à user de drogues.

D'une certaine façon, ils étaient même nécessaires au discours de la prévention, à la légitimation des textes répressifs et des impératifs moraux. Leur consommation persistante de drogues répréhensibles, leur insoumission aux normes légales et morales d'abstinence étant directement corrélées à leur destin défavorable, par comparaison aux sujets abstinents ou engagés dans un traitement, ils vérifiaient la pertinence du mot d'ordre de l'abstinence. A cette époque, il n'était pas envisagé que ceux qui devenaient abstinents ou qui s'engageaient dans un traitement visant l'abstinence, puissent former une sous-population structurellement différente de ceux qui persistaient dans un recours aux drogues. Or cette hypothèse, articulée autour du concept de comorbidité psychiatrique, autorise aujourd'hui à comprendre des pronostics différentiels entre ceux pour qui l'abstinence est possible et ceux pour lesquels elle est un leurre.<sup>5</sup> De même, la découverte récente d'une forte proportion de sujets de structure psychotique<sup>6</sup>, au sens psychanalytique du terme, parmi les patients chroniques dit toxicomanes traités en institution, par opposition à ceux qui trouvent à se réinsérer hors institutions, conforte cette hypothèse d'une population hétérogène, rassemblée artificiellement sous le terme de «toxicomane» ou de dépendance.

Mais bien plus, l'évolution tragique des éclopés de la quête de l'abstinence<sup>7</sup> était un ingrédient indispensable des politiques de prévention. Par les malheurs qui leur arrivaient, et que tout naturellement on attribuait automatiquement aux drogues, et à nulle

risques et de programmes d'intervention, voir Jacques J.-P., "La réduction des risques sanitaires et sociaux associés à l'usage de drogues. Evolution du concept". In Actes du Congrès Drogues 2000, tenu à Charleroi, février 2003, à paraître.

3. Pour la France, voir Coppel Anne, "Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques", La Découverte, Alternatives sociales, 2002.

4. "WFTC Issues final statement on harm reduction", in WFTC Bulletin, Vol. XII, n° 4, Fall 2002, p. 3.

5. Voir à ce sujet, parmi la population de patients de programmes méthadone scandinaves, l'étude de Hiltunen Arto J. & Eklund Calle: "Withdrawal from methadone Maintenance Treatment. Reasons for not trying to quit methadone", in European Addiction Research, 2002; 8 : 38-44.

6. Voir notamment les Conversations Cliniques TyA au Champ freudien.

7. Sur cette expression, voir Jacques J.-P., "Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues", De Boeck Université, Bruxelles, 1999.

8. Bensaïd N., "La lumière médicale. Les illusions de la prévention", Le Seuil.

autre cause, ils servaient à la démonstration de la nocivité des drogues.

Dans cette logique, cynique et implicite, chaque sujet qui décède d'une overdose ou du sida est supposé faire effet de propagande anti-drogue auprès de tous ceux qui sont informés de cet accident. Dans ce modèle inavoué de prévention par l'exemple et par la peur, et dont l'organisation est en définitive assumée par la répression pénale, on admet implicitement le sacrifice d'une proportion de sujets dont la mort, l'infirmité ou l'incarcération est nécessaire à la dissuasion des autres citoyens, en vue de la protection du plus grand nombre. L'argumentaire se résumerait ainsi : "si vous vous droguez, si vous continuez à vous droguer, voyez ce qui vous arrivera : la mort, la maladie, l'exclusion, le sida ou tout au moins la prison... Faites vos choix !».

Dans cette perspective corrélative à la dépendance zéro, la **maximisation des risques** était considérée comme une stratégie admissible pour décourager les candidats aux drogues. C'est dans ce sens-là qu'ont été rédigées la plupart des lois de répression de l'usage des drogues, qui en retour ont inspiré les premières stratégies de prévention et de traitement. Il faut repérer la dimension de darwinisme social de cette politique des drogues : elle opère une forme de sélection des plus adaptées. Ceux qui respectent les consignes d'abstinence ou les procédures d'entrée en traitement survivront ; les autres se situeront du côté des sacrifiés. La mort, la prison ou les autres conséquences néfastes attribuées à l'usage des drogues venaient comme juste rétribution d'un mauvais choix adaptatif. On s'affligeait certes de ces décès et de ces dégâts, mais ils étaient néanmoins indispensables à fonctionner comme repoussoir pour les autres, comme un accident de la route sanglant pourrait servir à réduire la vitesse des autres

conducteurs.

Avec cynisme, on parlerait d'un taux de pertes admissibles. Quand vint le sida, avec des taux de séroprévalence jusqu'à 60 % dans certaines régions méditerranéennes, on dépassa ce taux de pertes admissibles. Ceci déclencha, en réaction, une forte émotion d'inquiétude et de sympathie, qui permit de remettre en question le bien fondé des politiques de maximisation des risques. Ce changement de paradigme est bien ce qui est désigné comme stratégies de réduction des risques. Il s'agit bien d'une rupture radicale d'avec le modèle antérieur.

Outre le côté cynique, déjà souligné, des politiques basées sur une maximisation des risques, il faut repérer un présupposé qui les sous-tend et qui est parfaitement discutable. Pour être efficace, une stratégie de dissuasion postule que le sujet, averti du mal qui l'attend en cas de prise de drogues, voudra s'en préserver. C'est le fondement de l'incantation : «faites vos choix !». Elle postule que les sujets informés sont doués de bon sens, de contrôle sur leurs conduites et réagissent en sujets rationnels. Le sujet rationnel est celui qui, pourvu qu'il soit informé, adoptera les comportements qui lui évitent la mort, la souffrance, les privations ; il optera pour ce qui lui assure son bien en termes de survie et de bonheur. Cette hypothèse optimiste du sujet rationnel est cruellement contredite par l'observation des êtres humains.<sup>8</sup> Certes, il en existe qui répondent à cette attente, en bonne approximation, et qui respectent les normes, les codes de la route, les recommandations d'hygiène de vie et d'alimentation, s'abstiennent de fumer et de boire en excès. Beaucoup plus nombreux sont ceux qui ne se conduisent pas en sujets rationnels et résistent au bien qu'on leur veut.

La prévention des usages de drogues

basée sur la maximisation des risques suppose chez les sujets qu'elle veut préserver un désir de vivre et de se protéger. Or cela reste largement à démontrer. Plus exactement le "bien" qu'ils choisissent de se faire n'est pas celui qu'on choisit pour eux. Il passe plus souvent par une prise de drogues, par des injections ou par la dépendance. Et rien, aucune objurgation, aucune menace du pire, ne parvient à s'opposer à ce "bien" qui prévaut pour eux malgré tout sur le "bien" que d'autres leur promettent. J'ai déjà en d'autres occasions formalisé le rapport qui peut exister entre le masochisme et certaines carrières de dépendance aux drogues.<sup>9</sup>

Les effets de risque maximum qui accompagnent nécessairement une politique de dépendance zéro n'ont aucune valeur préventive chez ces sujets à orientation masochiste, tels que peuvent l'être ceux qui n'ont jamais eu ou ont perdu l'estime de soi, et situent leur jouissance dans l'humiliation, la déperdition sociale, la misère, qui confirment leur moins-value.

A contrario, les stratégies de réduction des risques s'adressent prioritairement à ces sujets qui ne veulent pas ou ne peuvent pas renoncer aux drogues ou à leur dépendance. Elles sont orientées par un idéal de risque minimal, elles s'accommodent d'une dépendance même maximale, soit aux drogues, soit aux traitements de substitution, soit aux dispositifs publics et subsidiés de survie et d'approvisionnement technique : seringues, eau stérile, douches ou abris.

Mais à leur tour, en désespérant d'une issue thérapeutique, ou ayant renoncé à l'idéal d'abstinence y compris dans ses aspects libérateurs, les stratégies de réduction des risques peuvent succomber à un programme cynique - façon réserve pour Indiens Navajos -, ou cultiver un angélisme imbécile où l'usager de drogues a toujours raison,

un peu comme le consommateur des mouvements consuméristes de Ralph Nader.

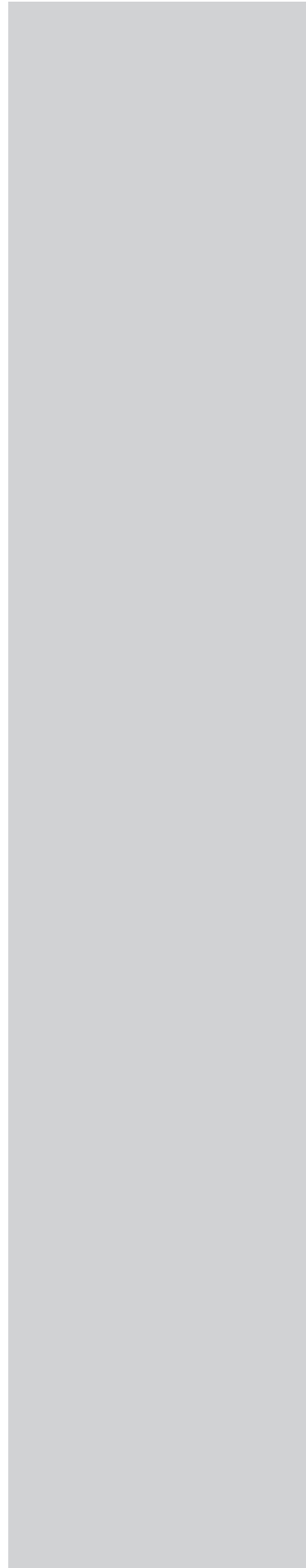
La question que j'adresse alors est celle de la troisième voie. A distance de l'idéal d'abstinence, meurtrier, et des programmes de réduction des risques, nécessaires mais désespérants, existe-t-il une troisième voie ? Existe-t-il un modèle raisonnable où chaque usager puisse trouver, selon son évolution et selon son temps subjectif, à la carte, des communautés thérapeutiques où faire l'expérience de l'abstinence, des programmes de survie, des lieux où s'approvisionner en toute tranquillité, des espaces où sa parole soit accueillie avec respect, individuellement dans la cure, ou collectivement, comme expert de sa propre consommation ? Une Charte éthique de la Réduction des Risques<sup>10</sup> pourrait en donner une préfiguration opportune. Bref, un dispositif pluriel qui soit l'âge démocratique de la rencontre des usagers de drogues avec la citoyenneté et de la rencontre des politiques des drogues avec l'hétérogénéité des usagers de drogues.

J'aime à penser que notre civilisation, qui a inventé la démocratie, aura à cœur de développer cette relation démocratique avec les usagers de drogues.



9. Jacques J.-P., "Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues", De Boeck Université, Bruxelles, 1999.

10. "Charte éthique de la réduction des risques", en cours d'élaboration en communauté française de Belgique sous l'égide de l'association Modus Vivendi.





# LA RECUPERATION POLITIQUE DES STRATEGIES DE REDUCTION DES MEFAITS EN CONTEXTE PROHIBITIONNISTE

Line BEAUCHESNE<sup>1</sup>

Un constat ressort de plus en plus ces dernières années au Canada, constat qui génère beaucoup de résistance politique : la nécessité de sortir les stratégies de réduction des méfaits du chapeau du sida pour amener l'État à jouer pleinement son rôle dans le cadre d'une véritable politique de réduction des méfaits. Si ce rôle n'est pas joué, on assistera (c'est déjà commencé) à une récupération politique fort dangereuse de ces nouvelles stratégies. Ce qui favorise cette récupération est la capacité de l'État d'isoler les diverses approches qui favorisent soit l'abstinence au produit, soit la psychologisation individuelle des problèmes de consommation, ou encore la réduction des méfaits, de l'environnement dans lequel vivent les usagers. Comme il a déjà été dit maintes fois, les usages problématiques de drogues naissent de l'interaction entre un produit, une personne et son environnement. L'isolement des diverses approches de l'environnement dans lequel elles évoluent fait oublier cette interaction et permet à l'État de maintenir la prohibition et la répression actuelles sans qu'il ait à assumer ses responsabilités politiques de fournir un appui adéquat aux diverses formes d'intervention.

## Introduction

L'arrivée sur le terrain de l'intervention en toxicomanies d'une approche nouvelle, la réduction des méfaits<sup>2</sup>, a donné lieu à de multiples débats sur les buts de l'intervention. Les tenants de l'abstinence et de l'approche psychologisante cherchent à se situer en regard de cette approche et des pratiques qui en découlent. Les intervenants qui y souscrivent tentent de redéfinir leur rôle en regard des objectifs de l'intervention.

Ces débats commencent à porter leurs fruits maintenant que tous commencent à réaliser que la plus grande limite aux

interventions est l'environnement dans lequel elles évoluent. Plus particulièrement, en ce qui a trait à l'approche de réduction des méfaits, le constat qui ressort, générant beaucoup de résistance politique : la nécessité de sortir cette approche du chapeau du sida au profit de stratégies pour amener l'État à jouer pleinement son rôle en appui à l'intervention dans le cadre d'une véritable politique de réduction des méfaits. Si cela n'est pas fait, on assistera (c'est déjà commencé) à une récupération politique fort dangereuse de cette nouvelle approche. Pour éviter cette récupération, il faut comprendre que l'enjeu politique n'est pas d'isoler l'approche de réduction des méfaits en

1. Professeure titulaire, Département de Criminologie, Université d'Ottawa, [linebeau@uottawa.ca](mailto:linebeau@uottawa.ca)

2. La notion de réduction des risques, parce qu'elle renvoie au produit et au domaine médical, n'a pas été retenue au Canada.

regard des approches psychologisantes ou visant l'abstinence au produit. L'enjeu politique est de se lier à ces approches pour interroger le rôle de l'État dans ses politiques en matière de drogues afin de créer un environnement favorable à l'implantation d'une diversité d'approches en intervention. Les usages problématiques de drogues naissent de l'interaction entre un produit, une personne et son environnement. Négliger l'environnement dans cette trilogie se fait au profit de l'État qui peut ainsi continuer à contribuer aux problèmes de l'intervention plutôt qu'à jouer un rôle adéquat pour en assurer les conditions les plus propices.

## L'approche de l'abstinence et la thèse de la maladie

La thèse de la maladie est que certaines personnes prédisposées seraient à risque, que dans le cas de ces personnes, simplement toucher à la drogue les conduirait à la dépendance et ce, contre leur propre volonté. Pour comprendre comment cette thèse a évolué au cours des années, abandonnant la composante de l'environnement, il est nécessaire de revenir sur le mot "maladie" lui-même. En anglais, il se traduit de deux manières : le terme "disease" réfère au phénomène biophysique, à un processus ou à un état qui affecte le corps. Et dans ce cas, une épidémie est possible. Le terme "illness", réfère à ces conditions biologiques, mais également aux dimensions sociales, culturelles et psychologiques, de même qu'à la perception subjective du sujet au regard d'un malaise. Et dans ce cas, il peut y avoir un phénomène endémique, par exemple dans certaines populations aux conditions de vie plus vulnérables. Le deuxième terme conserve la composante environnementale. Toutefois, en anglais, sur la question des drogues, le terme "disease" plutôt que

"illness" est nettement prédominant. De même, le mot "maladie", en français, sous-entend davantage le premier terme chez nombre d'intervenants médicaux, réduisant les dimensions de la dépendance à ses dimensions neurobiologiques. Pourquoi ?

Les courants prônant l'abstinence, au début du XIXe siècle, reconnaissent les multiples dimensions de la maladie, à l'instar de l'idéologie médicale à la même époque. Mais, entre autres, avec la montée des découvertes scientifiques en médecine, et surtout, l'expansion de l'industrie pharmaceutique qui a valorisé les professions qui guérissent avec leurs produits, on a eu tendance à réduire la maladie à un processus biochimique affectant le corps, oubliant ses dimensions psychologiques, sociales et spirituelles.<sup>3</sup> Bien sûr, les composantes neurobiologiques jouent également un rôle dans la toxicomanie, mais "le fait de définir le problème en termes uniquement neurobiologiques risque de minimiser les autres dimensions de la toxicomanie et la contribution de disciplines telles que la psychologie et les sciences sociales. De plus, les usagers de substances ne se reconnaissent pas nécessairement dans ce modèle explicatif et ne se perçoivent pas tous comme des patients en puissance" (Barbeau, Brabant et Lauzon, 2000 : 197).

Ce qui illustre le plus ce caractère réducteur de la maladie définie en termes uniquement neurobiologiques est le fait que bien que l'acte médical, techniquement, vise à ce que l'on retrouve la santé, que l'on guérisse, on ne peut produire une définition neurobiologique de la santé. Pas plus, d'ailleurs, qu'une définition uniquement psychologique. Quand on veut parler des déterminants de la santé, on décrit les composantes physiques, psychologiques, sociales (famille, communauté), de

3. La spiritualité n'est pas la religion, quoiqu'elle puisse s'y inscrire. Elle se fonde sur la reconnaissance que ce que nous sommes est le fruit de ceux qui furent là avant nous et, qu'on le veuille ou non, ce que l'on fait creuse le nid de ceux qui nous suivront. Également, dans l'espace-temps de notre vie, nos pas sont comme des pierres dans l'eau qui laissent des sillons. La spiritualité brise l'illusion de l'individu qui n'a aucune responsabilité à l'égard d'autrui et du futur. Et le développement de la spiritualité est la définition des valeurs qui vont articuler cette responsabilité, ouvrage d'une vie. Les religions, traduites dans les rapports de pouvoir temporels, à cet égard, n'ont pas toujours fait preuve d'une grande spiritualité, de même que les individus qui pratiquent une religion, n'ont pas toujours adhéré à sa spiritualité. D'où cette note pour bien distinguer religion et spiritualité.

même que les conditions socio-économiques de la personne en tant qu'éléments jouant un rôle dans la capacité de se sentir en bonne santé.

La consommation de drogues, par exemple, entraîne des conséquences différentes selon l'individu en fonction de ses conditions physiques, psychologiques et environnementales de vie. Pourquoi est-on apte à reconnaître cela si on se place du côté de la promotion de la santé, et que cela disparaît lorsqu'on analyse les causes de la maladie ? C'est que la science médicale, avec le développement de l'industrie pharmaceutique et de la technique qui a amené des avancées spectaculaires dans certains secteurs, en est venue à isoler les causes neurobiologiques dans les éléments de traitement. Elle fait de même en matière de toxicomanie; il s'agit de trouver la bonne drogue pour la bonne cure.

En somme, la question n'est pas de savoir si la dépendance à une drogue est une maladie ou pas, mais quelles dimensions on reconnaît à la maladie. À cet effet, le concept de maladie, pour désigner la dépendance, est un terme

adéquat s'il s'élargit à l'ensemble des dimensions qui constituent la maladie, sans s'enfermer dans une certaine vision biomédicale qui la réduit à sa dimension neurobiologique.

Ces dernières années, se dessine chez les partisans de la thèse de l'abstinence une ouverture très nette pour redonner à la maladie toutes ses dimensions, à l'instar des mouvements de tempérance à leur origine. Voie qui ouvre la porte à la réintégration de l'environnement dans la trilogie de la dépendance. Toutefois, ces tenants de l'abstinence persistent, et avec raison, à poser une question d'une importance centrale aux tenants des stratégies de réduction des méfaits:

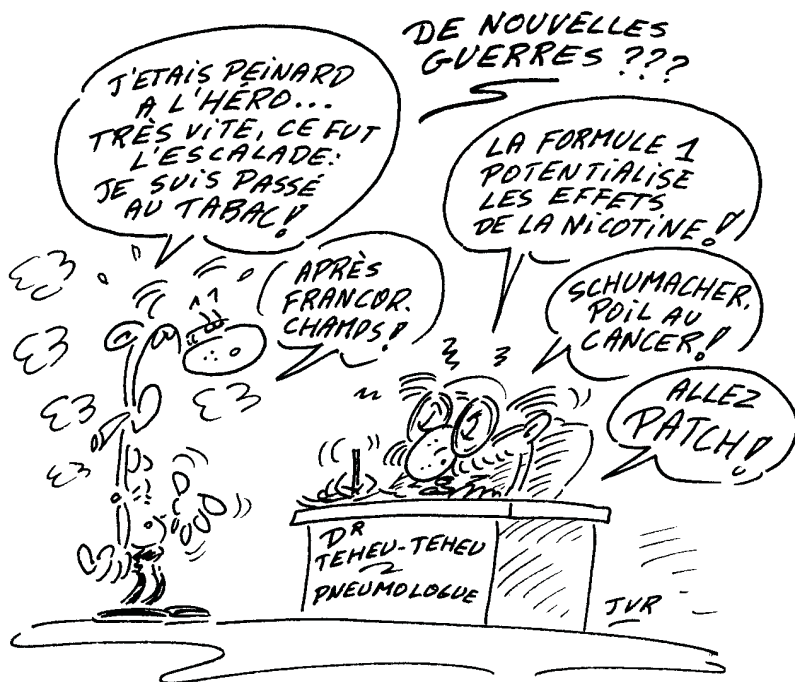
**Dans le cadre des stratégies de réduction des méfaits, quelle place est accordée dans l'accessibilité aux soins à la possibilité de l'abstinence pour l'individu ?**

Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Pour le moment, retenons qu'en effet une approche axée sur l'abstinence d'un produit qui s'isole des dimensions environnementales, devient rapidement un appui confortable à l'État pour soutenir que l'enjeu est de combattre de vilains produits qui causent des maladies. Cette approche ainsi conçue est un soutien à la prohibition actuelle.

## L'approche psychologisante

Dans le contexte prohibitionniste, plusieurs intervenants reprennent la problématique des drogues telle que circonscrite par les lois et le plus souvent reproduite par l'institution qui les mandate. Si le sujet refuse la définition du problème à résoudre en matière de drogues telle que dictée par l'intervenant, le client pourra être blâmé pour l'échec du traitement et l'exclusion pourra remplacer ce



“dialogue” entre le traitant et le traité, dialogue qui reposait sur la condition de s'entendre sur le problème à résoudre : la prise de drogues est la source du problème à traiter.

Pour comprendre combien il est aisé pour l'aidant de glisser dans la logique de la prohibition pour inscrire son intervention, il faut d'abord préciser la spécificité du client que l'intervenant reçoit en matière de drogues; cette personne a déjà été étiquetée par une institution, un parent, un ami, ou s'est elle-même étiquetée comme déviante avant d'arriver à l'intervenant. Ainsi, on demande à l'intervenant non pas de décider si la personne est déviante ou pas, mais de poser un diagnostic et de trouver une solution à une situation qui a déjà été définie par d'autres comme problématique : l'usage de drogues illicites. Dans ce contexte, il est facile de s'institutionnaliser dans la loi et de ne plus s'interroger pour savoir si les drogues sont la cause réelle du problème, ou plutôt une conséquence d'un problème qui est ailleurs. Enfin, dans les institutions correctionnelles, la situation est d'autant plus coercitive pour l'usager de drogues illicites que son attitude positive ou négative à l'égard de l'intervenant peut avoir des répercussions positives ou négatives importantes sur son séjour en institution et même après.

Dans cette situation où la drogue illicite est considérée source du problème plutôt que symptôme, il est également tentant pour l'intervenant de considérer que la personne aidée a tout le pouvoir nécessaire pour cesser sa consommation et mener une “vie meilleure”, sans s'interroger sur le rôle que joue la drogue dans la vie de la personne. Quelle est l'importance de cette interrogation ? Comprendre à quoi la personne s'est adaptée par les drogues permet de travailler sur le problème auquel la personne a cherché à s'adapter.

Ces dernières années, plusieurs intervenants ressentent un sentiment d'étouffement par rapport à cette situation; ils voient les problèmes se multiplier et sentent de plus en plus qu'ils réparent les pots cassés des coupures de budget et de conditions socio-économiques qui se détériorent. De même, eux aussi posent une question centrale :

**Comment œuvrer à aider des individus quand les choix sociaux qui s'offrent à eux diminuent et que les conditions d'exclusion se multiplient et en quoi les stratégies de réduction des méfaits constituent-elles un apport positif en regard de ces considérations ?**

Nous reviendrons également sur cette question un peu plus loin.

Retenons pour le moment que les intervenants qui isolent la personne de l'environnement dans lequel elle évolue, en ramenant la cause de certains problèmes sociaux à la prise de drogues illicites, sont précieux politiquement en ces temps de diminution de support étatique dans de nombreux secteurs. Ils permettent d'expliquer l'exclusion, la pauvreté, le manque de support communautaire, l'isolement, la détresse, les écoles bondées, les abus de toutes sortes, par des problèmes individuels que la personne a résolu par la prise de drogues illicites. Cette approche ainsi conçue est également un soutien à la prohibition.

## **L'approche de réduction des méfaits**

Imaginez une usine d'où sort des cheminées une fumée noire et polluante. Les ouvriers qui travaillent dans cette usine et habitent à proximité meurent jeunes, leur santé ruinée par les effets de cette pollution. Nombre d'intervenants veulent faire quelque

chose pour eux, mais les fonds gouvernementaux sont rares. Un jour, on apprend que les expectorations de ces ouvriers, et même de leurs enfants, lorsqu'ils toussent à pleins poumons, peuvent communiquer des maladies dangereuses à toute personne qui les fréquente. Le gouvernement ouvre les fonds aux intervenants pour qu'ils distribuent aux ouvriers et à leur famille des masques à gaz qu'ils doivent porter toute la journée, même à la maison. Les intervenants sont contents. Enfin on fait quelque chose pour réduire les méfaits graves de cette pollution industrielle sur la santé de ces familles d'ouvriers. Toutefois, il serait abusif, voire même dangereux, de considérer cette stratégie normale, et d'appeler ce type d'action une politique publique de l'environnement, ou même une politique de santé publique. Cela signifierait que cette pollution industrielle est normale, que le port de masques à gaz que doivent subir les familles d'ouvriers fait partie des conséquences normales avec lesquelles doivent composer ces familles, puisque ces ouvriers ont "choisi" de travailler dans cette usine.

En fait, tant que les stratégies de réductions des méfaits doivent composer avec les méfaits de la prohibition, ou encore justifier leurs actions dans le cadre de la lutte contre le VIH, on doit les considérer pour ce qu'elles sont : une médecine de guerre, urgente et nécessaire dans le contexte actuel, mais certainement pas une politique de santé publique. Vouloir ériger cette approche en politique de santé publique est accepter que les méfaits que vivent les usagers de drogues sont essentiellement liés à leur incapacité à s'adapter à l'environnement prohibitif et que le travail de l'intervenant est de l'aider à s'adapter à cet environnement. En ce sens, par exemple, la substitution de drogues légales aux drogues illégales consommées par un individu est vécue

comme une victoire clinique quand il y a souvent lieu de s'interroger sur la normalisation que cette substitution constitue, en regard de l'environnement prohibitionniste.

Cette situation amène de nombreux intervenants qui ont adopté l'approche de réduction des méfaits à questionner de plus en plus les objectifs de leurs stratégies dans un contexte prohibitionniste :

**Quand les principaux méfaits que vivent les usagers de drogues illicites découlent directement ou indirectement des politiques de l'État, y a-t-il un sens à continuer les pratiques de réduction des méfaits sans interroger ces politiques ?**

Retenons pour le moment que les intervenants qui adoptent l'approche de réduction des méfaits sans remettre en question le contexte prohibitionniste, apprennent à l'usager à vivre avec les méfaits de la prohibition comme si celle-ci était une donnée normale attachée à l'usage de drogues illicites. Cela constitue également un appui à la prohibition.

## **Une politique de réduction des méfaits**

Avant d'aborder les trois importantes questions soulevées plus haut, deux remarques plus générales sont nécessaires.

### **Première remarque**

Toute personne fait continuellement le choix dans sa vie d'éviter certains comportements qu'elle juge nocifs pour elle (abstinence) et d'en corriger d'autres par divers moyens (amis, psy, changement de milieu, renouvellement de spiritualité, etc.) À cet égard, les choix diversifiés des personnes pour mettre fin à des usages problématiques de drogues ne sont pas un monde à

part. Ce qui en fait un monde à part, c'est la prohibition.

### Deuxième remarque

La relation des aidants, thérapeutes, médecins avec les personnes ayant développé des usages problématiques de drogues fait aussi partie du traitement en contribuant à la définition de la dépendance, soit par l'élargissement des causes, soit par leur restriction à des composantes neurobiologiques ou psychologiques. Cette interprétation affecte la perception que la personne développe de la cause de ses problèmes.

À cet égard, il est normal que les enquêtes auprès de personnes qui ont vécu des périodes de dépendances aux drogues illicites obtiennent diverses interprétations des causes de leur malaise. Certaines attribuent leurs problèmes au simple usage de drogues, d'autres affirment que la drogue fut un moyen d'adaptation à des problèmes de vie. C'est pour répondre à cette diversité de perceptions qu'une diversité de modèles d'intervention est nécessaire. Les voies du mieux-être ne sont pas les mêmes pour tous. Certains recréeront des solidarités et se pardonneront grâce au concept de maladie et à l'abstinence. D'autres réussiront à sortir de leur dépendance grâce à des supports pharmacologiques. D'autres encore reprendront pied par des démarches thérapeutiques psychologisantes. Enfin, d'autres n'utiliseront aucun traitement institutionnel et retrouveront un mieux-être grâce à l'aide de leurs proches, au choix personnel de l'abstinence à des comportements qu'ils jugent inappropriés pour eux, à une modification de leur milieu de vie ou encore à un renouvellement de leur spiritualité. Peu importe la méthode, du moment que cela amène les personnes à retrouver une capacité de recréer des liens sociaux et à se sentir bien.

Toutefois, s'il appartient aux personnes d'identifier ce qui les aide à vivre et ce qui leur cause du mal, et que certaines d'entre elles identifient les drogues comme la cause de leur mal, cela ne justifie pas la prohibition. S'il fallait interdire tous les produits ou comportements pour lesquels certaines personnes ont des vulnérabilités de dépendances négatives, il faudrait interdire les sucreries, la junk food, la télé, les jeux d'ordi, et même le travail et les rapports amoureux.

De même, c'est un faux débat de s'interroger sur la "bonne" approche thérapeutique. La diversité des approches est fondamentale pour répondre aux différentes voies qui peuvent aider les personnes à mieux vivre. Mais pour s'assurer que cette diversité d'approches s'inscrive dans une panoplie de choix qui s'offre à la personne pour un mieux vivre, la composante environnementale ne peut être négligée. À cette fin, l'État a un rôle crucial à jouer.

À l'Association des intervenants en toxicomanies du Québec, cela s'est traduit en 1995 par l'adoption d'une **politique** de réduction des méfaits qui demande à l'État de répondre aux 4 axes suivants :

- l'amélioration de la qualité de vie
- l'amélioration de l'information
- l'amélioration des lois et réglementations
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins

C'est en regard de cette politique que nous reviendrons maintenant sur les questions posées.

Plusieurs intervenants travaillant avec l'approche de l'abstinence ont compris qu'une dose de méthadone est beaucoup moins coûteuse qu'une place en traitement et qu'à cet égard, certaines pratiques de réduction des méfaits, si

4. Les diverses communautés autochtones du Canada en savent quelque chose.

### Références

Barbeau D., Brabant M. et Lauzon P., 2000, Les mécanismes biopsychologiques intervenant dans la dépendance et ses traitements pharmacologiques in "L'Usage des drogues et la toxicomanie", vol. III, Montréal : Gaëtan Morin, chap. 6.

Beauchesne L., 2003, "Les coûts cachés de la prohibition", Montréal : Lanctôt éditeur.

Beauchesne L., 2000, La culture protestante nord-américaine : influence sur les politiques en matière de drogues in "Social History/Histoire sociale", vol. XXXIII, no. 66, octobre.

Cesoni M. et Robert C.-N., 1991, L'interdit désintégrant in "Psychotropes", vol. VI (3), 17-29.

Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Mise à jour des activités, 37<sup>ème</sup> législature, 1<sup>ère</sup> session, Sénat canadien, [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca)

elles s'institutionnalisent, peuvent aisément être privilégiées pour cette raison à d'autres programmes de prévention, d'accompagnement et de traitement plus onéreux. C'est pourquoi ils revendiquent que les approches privilégiant l'abstinence demeurent accessibles aux personnes qui le désirent et craignent de les voir grandement diminuées au nom des stratégies de réduction des méfaits.

La question posée également par un nombre croissant d'intervenants a trait à la capacité de plus en plus réduite de certaines personnes ou de certains groupes pour modifier leurs conditions de vie de manière à permettre de faire des choix autres que des usages problématiques de drogues pour s'adapter.<sup>4</sup> Eux aussi craignent que les stratégies de réduction des méfaits permettent d'ignorer le rôle de l'État dans ces conditions de vie au profit de stratégies qui apprennent aux gens à utiliser les drogues de manière sécuritaire pour s'adapter à cet environnement.

Enfin, la question posée par de plus en plus d'intervenants oeuvrant dans des stratégies de réduction des méfaits, à savoir s'ils peuvent continuer ces stratégies sans remettre en question la prohibition et les politiques étatiques en ce secteur, la réponse commence à devenir de plus en plus claire. Non. Sinon leur rôle se ramène à apprendre aux gens à vivre avec les méfaits de ces politiques.

## Conclusion

### Réintégrer l'environnement dans l'axe de la dépendance pour questionner le rôle de l'État

Les stratégies de réduction des méfaits ont semblé annoncer une ère nouvelle, remettant en question la stigmatisation

de l'usager de drogue au profit de politiques publiques qui appuient plus adéquatement l'intervention dans le respect des usagers. Est-ce un faux espoir ? Ce que l'on constate est que, depuis l'arrivée des stratégies de réduction des méfaits, le politique joue aisément des divisions sur le terrain entre les approches, de même qu'il utilise adéquatement le manteau de lutte au VIH pour maintenir la prohibition et éviter les questionnements sur son rôle dans la création d'un environnement propice à l'intervention. Ce que l'on constate également est que, quelle que soit l'approche, les solutions pharmacologiques pour répondre aux diverses problématiques en toxicomanies, que ce soit dans le cadre des approches axées sur l'abstinence, l'intervention psychologisante, ou même les stratégies de réduction des méfaits, vont croissant car les conditions juridiques et socio-économiques de l'environnement sont de plus en plus évacuées des analyses des objectifs de l'intervention.

Mais heureusement, ces dernières années, la question des objectifs d'intervention, quelles que soient les approches, commence à se jumeler à la question du rôle de l'État dans la mise en place des conditions propices à l'intervention. Et c'est là qu'il faut réconcilier les divers intervenants sur le terrain afin d'implanter une véritable politique de réduction des méfaits où l'État, par ses politiques sociales, sanitaires et juridiques, ne constitue plus la plus grande source de méfaits.

En somme, pour éviter la récupération politique, les partisans des stratégies de réduction des méfaits doivent s'allier à l'ensemble des intervenants pour réduire la plus grande source de méfaits en matière de drogues, les politiques étatiques actuelles.

# DES ASSISES DE LA REDUCTION DES RISQUES ?

Maryse DEGRAEN<sup>1</sup>

Modus Vivendi, asbl dont les objets sociaux sont la prévention du sida et la réduction des risques liés à l'usage de drogues, organise à Bruxelles les 4 et 5 décembre 2003 des "Assises de la réduction des risques liés à l'usage de drogues". L'objectif de l'événement est de stimuler la réflexion autour de la réduction des risques, en asseoir les bases théoriques et éthiques et d'ainsi tenter d'aboutir à une définition du concept.

## Petite genèse des Assises

Fin des années 80, l'épidémie du sida décima des populations d'usagers de drogues, avant même que les professionnels du secteur thérapeutique puissent les soustraire aux conditions favorisant la transmission du virus.<sup>2</sup> Il devint urgent de réagir face aux ravages que faisait le sida, et c'est ainsi que furent créés les premiers programmes de réduction des risques.

La nouveauté du concept nécessitait une réflexion sur ses bases théoriques et éthiques ainsi que sur les pratiques de terrain mises en place. C'est dans cet esprit que parut en 1992 "Le bon usage"<sup>3</sup>, rapport destiné aux usagers de drogues et aux stratèges de santé publique.

Depuis le début des années 90, les stratégies de réduction des risques se sont étendues à d'autres risques que le sida (hépatites, tuberculose, overdose) ainsi qu'à d'autres usagers de drogues, au-delà des héroïnomanes injecteurs concernés initialement (usagers de

drogues en milieu festif, en milieu carcéral, etc.).

La multiplication des projets et l'élargissement du public cible exigeaient de reconsidérer les bases de la réduction des risques, définies au départ par rapport au sida et à un public d'injecteurs.

En outre, les projets ainsi que les actions menées sur le terrain étaient loin de faire l'unanimité, tant parmi les intervenants du secteur que parmi les décideurs politiques.

Il était évident que les bases de la réduction des risques devaient à nouveau être pensées et confortées. C'est donc pour cette raison qu'en 1995 est née au sein de l'équipe de Modus Vivendi l'idée d'organiser des Assises. Mais faute de moyens, cet événement n'a pas pu être lancé à cette époque.

## Pourquoi des Assises aujourd'hui ?

Les raisons pour lesquelles il est nécessaire d'organiser des Assises sont triples.

1. Responsable de projet à Modus Vivendi.

Remerciements à Alexis Goosdeel pour son aimable collaboration.

2. A ce sujet, voir Dr Jacques J.-P., "La réduction des risques sanitaires et sociaux associés à l'usage de drogues. Evolution du concept", Intervention au Congrès Drogues 2000, Charleroi, 20 février 2003.

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



4. Voir la "Note politique du Gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue", émise le 20 septembre 2000 par le cabinet de Magda Alvoet.

Premièrement, les nouvelles bases n'ont pas fait l'objet d'une formalisation. En dépit de cette absence de formalisation, il y a eu une multiplication des projets de réduction des risques, et donc un accroissement important du nombre d'intervenants de la «RdR».

L'absence de bases couplée à l'accroissement du nombre d'acteurs a eu pour conséquence une multiplication des sens donnés au concept de réduction des risques.

En effet, la réduction des risques est un espace pragmatique : chacun y met ce qu'il veut et entend l'appliquer selon sa philosophie et ses moyens. Il y a bien eu des réflexions menées autour des applications de la «RdR» ainsi que sur le concept en lui-même, mais parce qu'elles ont souvent été pensées à un niveau local, aucune n'a abouti à une définition commune (en Communauté française) du concept et de ses bases.

En second lieu, on a pu se rendre compte ces derniers temps que la réduction des risques n'est pas un concept qui va de soi.

Elle n'est d'ailleurs souvent déclinée au niveau politique que comme une forme de prévention parmi d'autres et est trop souvent limitée à l'échange de seringues.<sup>4</sup> Ainsi, certaines choses sont acquises : traitements de substitution; centres à bas seuil d'exigences et programmes d'accessibilité au matériel stérile d'injection.

Paradoxalement, cela peut nuire à l'efficacité de certains projets de réduction des risques qui n'entrent pas dans ces champs d'action. Pensons par exemple à l'analyse scientifique de pilules (appelée communément «testing») à laquelle Marc Verwilghen, alors ministre de la Justice à l'époque, s'était opposé, définissant son principe comme un «label à la consommation».

Devons-nous accepter d'entendre que la réduction des risques comprend un aspect «label à la consommation» plutôt que d'y voir une action de promotion de

la santé?

Devant de telles confusions, il devient indispensable de définir des bases théoriques et éthiques afin d'exclure toute interprétation faussée des valeurs et objectifs qui animent les acteurs de la «RdR».

En troisième et dernier lieu, les Assises ne peuvent être tenues qu'avec le soutien de nos pouvoirs subsidiaires. Elles sont donc le résultat d'une volonté politique des exécutifs communautaires qui partagent les préoccupations des acteurs de réduction des risques.

## Les objectifs des Assises

Comme le lecteur l'aura compris, l'objectif premier de l'événement est **d'asseoir la réduction des risques sur ses bases** conceptuelles et éthiques. C'est pourquoi Modus Vivendi proposera le 5 décembre la ratification d'une «Charte de la réduction des risques». Ce document a été soumis en octobre 2002 à plus de 200 partenaires de Modus Vivendi, et retravaillé suite aux avis de chacun.

C'est en asseyant les bases de la «RdR» que les acteurs stimuleront **une reconnaissance de leurs interventions** (second objectif), tant au niveau politique qu'en ce qui concerne les médias et *a fortiori* l'opinion publique.

Les Assises comporteront d'ailleurs (et ceci est le troisième objectif) une **dimension pédagogique** afin de rendre accessible au public, souvent mal informé, un concept malmené par de nombreux préjugés.

Quatrième objectif, les Assises se veulent un **lieu de rencontre**, où seront favorisés les échanges entre les usagers de drogues partenaires des projets, les intervenants de terrain et d'autres professionnels tels que des

enseignants, des médecins généralistes ou spécialisés, etc.

Modus Vivendi espère ainsi (cinquième et dernier objectif) grâce à l'hétérogénéité de ce public et à la nature des thématiques abordées, **alimenter le débat et enrichir la réflexion** autour du concept de réduction des risques ainsi qu'à ses

différentes applications sur le terrain.

Les Assises se présenteront sous forme d'ateliers interactifs, structurés de telle manière qu'ils soient accessibles à tous. Sachez donc que le public (c'est-à-dire vous) participera de manière active au déroulement des ateliers. A bon entendeur...

## Assises de la réduction des risques liés à l'usage de drogues

Les 4 & 5 décembre 2003, au Centre Culturel d'Auderghem

Organisées par Modus Vivendi asbl

Avec la collaboration de Question Santé asbl

Et avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les thèmes-clés des Assises seront (sous réserve) :

- l'articulation entre réduction des risques, prévention et soins
- la réduction des risques en milieu scolaire
- l'implantation des comptoirs d'échange de seringues et des shooting rooms
- le sida et les hépatites
- la réduction des risques et la question de l'incitation, notamment autour de l'analyse de pilules d'ecstasy (testing)
- la place de l'usager dans la réduction des risques
- la communication avec les médias et le grand public autour de la réduction des risques
- la réduction des risques et les drogues licites

En outre, la ratification d'une Charte de réduction des risques constituera un moment essentiel de cet événement.

Pour recevoir des précisions, obtenir la préannonce ou tout renseignement complémentaire, contactez Maryse Degraen : [maryse.degraen@modusvivendi-be.org](mailto:maryse.degraen@modusvivendi-be.org), tel. : 02/644.22.00.

## Livres pouvant être consultés et/ou empruntés au centre de documentation de Prospective Jeunesse

### **Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques**

Anne Coppel, Editions La Découverte, 2002, 380 pages, 26,83

Peut-on civiliser les drogues ? L'interrogation est scandaleuse : la guerre à la drogue ne doit-elle pas être menée sans merci, les trafiquants pourchassés, les toxicomanes soignés ou punis ? Le discours du "tout répressif" soutient toujours la loi mais, progressivement, une nouvelle logique de pensée a pris forme. L'élargissement de la lutte contre les toxicomanies à l'alcool et au tabac marque en effet une véritable révolution dans les esprits : nous nous affrontons désormais à la réalité des risques, que les drogues soient licites ou illicites. Ce tournant fut pris pour faire face à l'épidémie de sida : parce qu'il fallait agir efficacement, il a fallu accepter de parler vrai.

Pour comprendre comment se sont forgées ces nouvelles façons de penser, il faut aller au plus près du terrain, à la rencontre des usagers de drogues, ce qui ne va pas de soi. C'est cette aventure que nous raconte l'auteur, pionnière de la "réduction des risques" en France. Femme de terrain et chercheuse, elle retrace ici dix années d'expérience qui sont aussi dix années de luttes communes menées par des chercheurs, des praticiens et des usagers de drogues. Car l'ambition de l'auteur est bien là : sortir les drogués de leur ghetto en donnant les clés des débats actuels, qui, de l'insécurité au communautarisme, dépassent largement la question des drogues.

Il en ressort un livre passionnant, à la fois journal de bord de l'auteur et synthèse remarquable de cette "aventure de l'esprit" que fut la politique de réduction des risques en France.

### **Dépendance et conduites de consommation**

R. Padiou, F. Beaugé, M.P. Choquet, R. Molimard, Ph. Parquet, L. Stinus, Les Editions INSERM, 1997, 243 pages, 33,75

L'objectif de l'ouvrage est de faire un bilan des connaissances sur la dépendance dans les conduites de consommation de substances psychoactives en prenant en compte différents types d'approches : la neurobiologie, la clinique, la sociologie, l'histoire, l'anthropologie et l'épidémiologie. Les auteurs ont ainsi voulu présenter des tentatives d'articulation entre ces approches et favoriser l'émergence de nouvelles directions de recherche sur les processus qui conduisent à l'état de dépendance.

Son originalité est de contribuer à dépasser les clivages disciplinaires qui fragmentent le champ des connaissances et de mettre en évidence, au travers des divers éclairages, les mécanismes et les analyses qui peuvent se retrouver à partir de disciplines différentes ou de pratiques disciplinaires les plus diverses.

Cet ouvrage s'adresse à tous ceux, étudiants, chercheurs de différentes disciplines, cliniciens et intervenants qui sont préoccupés par l'état des connaissances dans le domaine de la dépendance et qui s'intéressent aux retombées potentielles de ces connaissances pour la santé publique.

### **Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance**

J.P. Tassin, B. Doray, R. Fuhrer, P. Mormède, Les Editions INSERM, 2000, 115 pages, 18,50

Parmi les nombreuses questions que soulève la toxicomanie, celle des variations individuelles de la vulnérabilité à la dépendance est sans doute la plus intrigante. Ce phénomène, connu de longue date par les cliniciens, n'a été mis en évidence par les neurophysiologistes sur les modèles animaux que depuis une quinzaine d'années. Quelles sont les causes de ces vulnérabilités ? Existe-t-il des facteurs de protection ? S'agit-il de processus innés ou acquis ? Y a-t-il des personnalités et des situations à risque ? Quels rôles jouent les réglementations ?

Ce sont de ces questions que les membres de l'intercommission Inserm, chargée d'étudier les comportements de consommation, ont choisi de débattre en réunissant des spécialistes de différents domaines, généticien, neurophysiologiste, psychiatre, psychanalyste, clinicien de la douleur, sociologue, économiste et épidémiologiste.

## Revue de presse sur les drogues et les problèmes liés aux toxicomanies et aux assuétudes

En quelques lignes, un compte rendu succinct des informations parues dans la presse francophone ces trois derniers mois

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre, le **cannabis** est vendu en pharmacie aux Pays-Bas, sur prescription médicale, à des fins thérapeutiques et est destiné à certains patients souffrant de maladies graves ou incurables (cancer, sclérose en plaques, lésions de la moelle épinière, sida,...) qui ne répondent à aucun traitement visant notamment à soulager la douleur ou encore à stimuler l'appétit. Ce médicament se présente sous forme de doses de cinq grammes à utiliser de préférence par inhalation à la vapeur ou par infusion. Tous les spécialistes ne sont cependant pas d'accord sur les effets réels de cette plante. De plus, la formulation, voire l'administration du produit, pourrait poser problème, notamment au niveau du dosage. "La teneur en produit actif est tellement grande et variée, que l'on ne peut mesurer avec précision la quantité ingérée par le patient" a confié un oncologue qui teste depuis un an, à l'Institut Bordet à Bruxelles, un spray sublingual garantissant à la fois une résorption rapide du produit et un dosage précis pour une molécule bien identifiée (La Libre Belgique du 4 septembre).

"Ce cannabis n'est pas pour n'importe qui. Les médecins n'en prescriront qu'aux patients pour lesquels aucun médicament n'a été efficace" a tenu à préciser la porte-parole de l'Association royale des pharmaciens néerlandais. Qu'en est-il chez nous ? "Le ministre de la Santé n'a aucune opposition de principe par rapport à la vente de médicaments à base de cannabis en Belgique" a déclaré le cabinet de Rudy Demotte. "Il s'agit d'une matière où la santé publique doit prévaloir. Or, les études tentent à montrer que cette plante a des effets analgésiques dans une série de maladies."

Les spécialistes estiment que les niveaux de connaissances dans l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques sont hétérogènes. Cependant, il existe de fortes preuves de son efficacité dans le traitement des nausées et des vomissements liés à une chimiothérapie contre le cancer, de l'anorexie et de la cachexie (amaigrissement et fatigue généralisée) dues à une infection par le VIH/sida, de la spasticité dans la sclérose en plaques et les lésions de la moelle épinière. Par contre, son efficacité dans les cas d'épilepsie,

troubles du mouvement et dépression semble moins probante.

Comme dit plus haut, une étude est réalisée à l'Institut Bordet qui, faute de cannabis produit en Belgique, a fait appel à une société britannique qui fournit les sprays. Le Dr Lossignol, dans ses essais, utilise "un produit pur, une molécule originale, naturelle, bien identifiée et au dosage précis." Une quarantaine d'hôpitaux britanniques va également mener des études afin de déterminer les effets analgésiques du cannabis sur des patients ayant subi une opération.

Il n'existe donc actuellement pas de médicament à base de cannabis dans nos pharmacies, mais cela pourrait changer assez rapidement puisqu'un laboratoire britannique a introduit, au niveau européen, une demande d'agrément d'un tel produit, à savoir un spray sublingual. Donc si cette demande aboutit, ce produit se trouverait de facto chez nos apothicaires.

Vous trouverez également des articles concernant ce sujet dans les médias suivants : Le Soir des 2, 3 et 5 septembre, le Vif/L'Express du 5 septembre, les journaux du groupe Vers l'Avenir, la Libre Belgique et Le Monde du 2 septembre.

Où l'on reparle du **dopage** ! Lors des derniers championnats du monde d'athlétisme à Paris, un coureur kenyan a préféré annuler sa participation plutôt que de risquer un contrôle positif (il avait subi un dépistage positif à l'EPO quelques semaines plus tôt) ; la star des 100 et 200 mètres de ces mêmes championnats a clamé son innocence après avoir pris du Modafinil (produit apparenté aux stimulants de type B) qu'elle estime légal, il ne sera en effet repris sur la liste des produits dopants que lors des jeux olympiques d'Athènes en 2004. C'est maintenant au tour du champion cycliste belge, Johan Museeuw, d'être interrogé après l'arrestation d'un vétérinaire qui lui aurait délivré des produits interdits ! (Le Vif/L'Express, 12 septembre).

Pour le moment, les produits saisis sont en cours d'analyse. Le président de la Ligue vélocipédique belge

s'est exprimé : "Ca me peine énormément. Bien sûr, tant qu'on ne dispose pas des résultats des analyses, il y a lieu de rester prudents mais, d'un autre côté, je ne peux croire que la justice soit intervenue sans disposer d'éléments sérieux." Voici son communiqué officiel : "La fédération désire en tout cas exprimer sa confiance envers la justice et au besoin elle diffusera son point de vue et ses actions dès que plus de détails seront connus sur cette affaire."

La lutte contre le dopage est difficile tant les substances dopantes sont de plus en plus nombreuses et indétectables. EPO, hormones, amphétamines... Jacques Rogge, président belge du Comité international olympique, a décidé de faire la chasse aux produits dopants et s'est réjoui que l'on détecte de plus en plus de cas positifs. Cependant, certains affirment que les moyens financiers ne seront jamais suffisants pour venir à bout de ce qui, pour d'autres, est un véritable

fléau qui ronge le sport.

Mais la solution pourrait bien venir du nord du pays. En effet, un sénateur libéral flamand, Jacques Germaux, a trouvé la solution pour enrayer à tout jamais le dopage : interdire purement et simplement toutes les courses cyclistes en Belgique, amateurs et professionnelles ! "Soit on arrête de discuter encore du dopage, soit on pratique la tolérance zéro." Ou comment éradiquer le problème du dopage au lance-flammes !

Vous trouverez ce thème développé dans des articles parus dans *Le Soir*, *La Libre Belgique*, *La Meuse* et les journaux du groupe *Vers l'Avenir* du 5 septembre. Si l'un ou l'autre vous intéresse, n'hésitez pas à nous en demander une copie.

Danielle Dombret,  
Documentaliste.

## Présentation du centre de documentation de Prospective Jeunesse

Depuis sa création en 1978, Prospective Jeunesse met son centre de documentation à la disposition du public, spécialisé ou non. Ainsi, nous recevons aussi bien des lycéens, des étudiants des hautes écoles et des universités et des parents que des enseignants, des professionnels du secteur psycho-médico-social, des journalistes,...

La spécificité de notre institution oriente bien entendu les thématiques proposées : assuétudes, toxicomanies, drogues, alcool, tabac, médicaments, cannabis, drogues de synthèse, smart drugs, dopage, jeu pathologique, achats compulsifs,.... Nous offrons également un large choix d'ouvrages consacrés aux adolescents, à la santé, à l'enseignement, à la famille,...

Notre centre de documentation comporte :

- une bibliothèque (plus de 1.200 livres)
- une vidéothèque (près de 300 cassettes)
- une revue de presse bimensuelle (exemplaire gratuit sur demande)
- une revue trimestrielle : *Les Cahiers*
- des dossiers thématiques
- des revues, des magazines belges et français
- des mémoires, des rapports belges et étrangers

Nous pouvons aussi effectuer des recherches bibliographiques et aider les étudiants, enseignants,.... dans leurs investigations documentaires et la réalisation de leurs dossiers, cours, mémoires,...

Pour tout renseignement complémentaire sur les thématiques proposées, les différents ouvrages disponibles, les conditions de prêt,.... vous pouvez contacter notre documentaliste, Danielle Dombret : tél. 02/512.17.66, [danielle.dombret@prospective-jeunesse.be](mailto:danielle.dombret@prospective-jeunesse.be)

# PROSPECTIVE JeunesseE

rue Mercelis 27 - 1050 Bruxelles

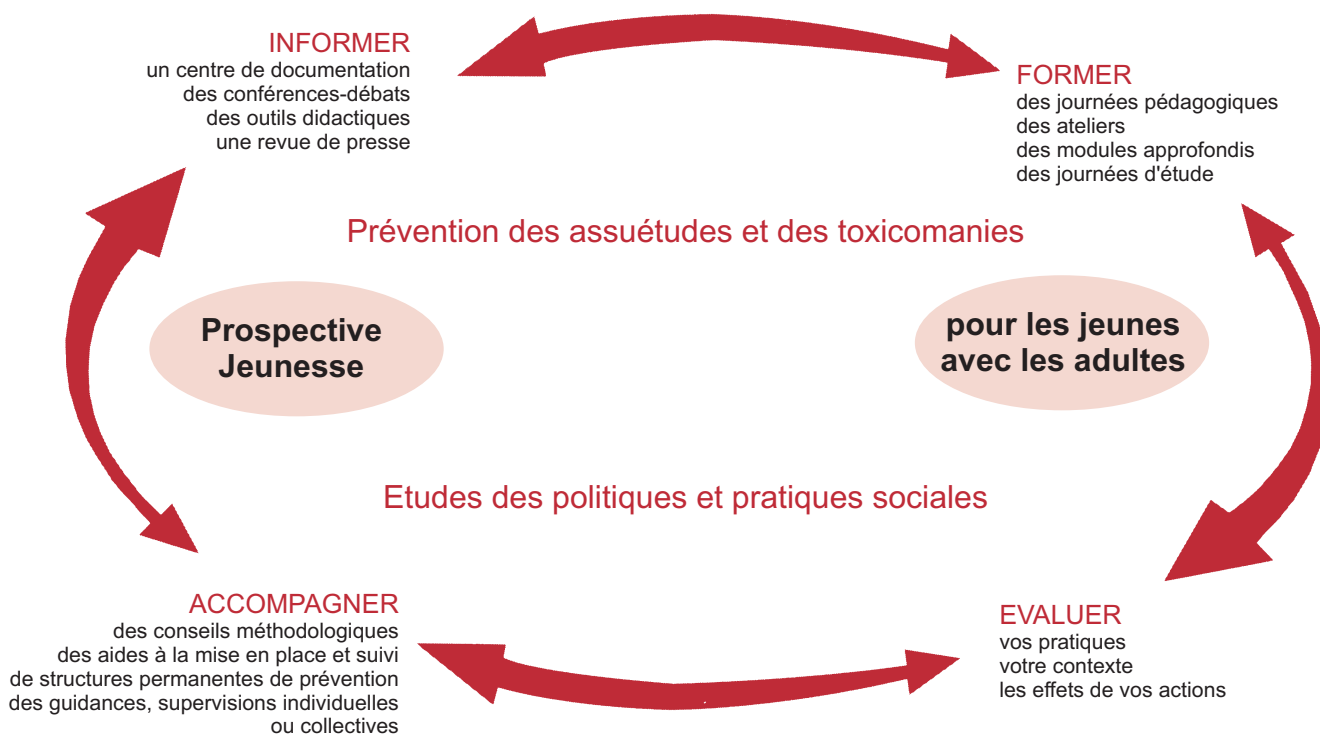
Tél : 02/512.17.66 - Fax : 02/513.24.02

E-mail : cahiers@prospective-jeunesse.be

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>

Heures d'ouverture : de 8h30 à 17h

Compte bancaire : 210-0509908-31



**PROSPECTIVE JEUNESSE asbl.**

S

Editorial

Emmanuelle CASPERS

1

O

## DOSSIER : DROGUES ET REDUCTION DES RISQUES TOME 1

M

- Drogues et prévention :

Pour une réduction des risques... de confusion

Henri Patrick CEUSTERS

3

- Y a-t-il une issue entre le risque zéro et la catastrophe ?

Martine BANTUELLE

10

M

- Limites et enjeux de la prévention participative

Catherine VAN HUYCK

13

- Maximiser les risques ?

Jean-Pierre JACQUES

16

A

- La récupération politique des stratégies de réduction des méfaits en contexte prohibitionniste

Line BEAUCHESNE

20

I

- Des Assises de la réduction des risques ?

Maryse DEGRAEN

27

Le centre de documentation de Prospective Jeunesse

30

R

La revue de presse de Prospective Jeunesse

31

E



Avec le soutien de la Communauté française  
de Belgique et de la Commission communautaire  
française de la région de Bruxelles-Capitale.

