

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

79

Périodique trimestriel

S'accommoder ou s'affranchir de la loi ?

RDR et prohibition : quel sens donner à l'action ?

Catherine Van Huyck

Quelle place pour les usagers dans une RDR
institutionnalisée ?

Aude Lalande

Drogues et plaisir

Patrick Pharo



RISQUES JEUNES CHOIX ÉCOLE ASSUÉTUDES SANTÉ FÊTE AL-
COOL ADDICTION
GENCE JEU TAB
EXPÉRIENCES S
DE SOI PROHIBI
NABIS PRÉVENT
TOXICOMANIE F
TUDES SANTÉ FÊ
ÉDUCATION AD
CONDUITES À RISQUE EXPÉRIENCES SOINS ABUS CONSOM-
MATION ENNUI ESTIME DE SOI PROHIBITION GROUPE ECSTASY



Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation fondé en 1978. L'association est active dans le domaine de la prévention des méfaits liés aux usages de drogues, dans une optique de promotion de la santé.

Prospective Jeunesse propose **trois** services :

- Formation et accompagnement de professionnels (seuls ou en équipe)
- Publication de la revue **Prospective Jeunesse**
- Entretiens individuels

Prospective Jeunesse a créé, avec **Infor-Drogues** et **Modus Vivendi**, l'asbl **Eurotox**, relais en Communauté française de Belgique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).
www.eurotox.org

CONTACT 144 chaussée d'Ixelles, 1050 Bruxelles ■ 02 512 17 66
revue@prospective-jeunesse.be ■ www.prospective-jeunesse.be

Éditeur responsable

Pierre BALDEWYNS

Rédactrice en chef

Caroline Saal

Comité d'accompagnement

Pierre BALDEWIJNS, Christine BARRAS, Philippe BASTIN, Line BEAUCHESNE, Mathieu BIETLOT, Marc BUDO, Christian DE BOCK, Christel DEPIERREUX, Damien FAVRESSE, Jean-Philippe HOGGE, Pascale JAMOULLE, Alexis JURDANT, Delphine MATOS DA SILVA, Micheline ROELANDT, Patricia THIEBAUT, Jacques VAN RUSSELT, Arnaud ZARBO

Equipe de rédaction

Patricia BERNAERT, Marta CHYLINSKI, Guilhem DE CROMBRUGGHE, Véronique DE CARPENTRIE, Marie-Line FOISY, Céline LANGENDRIES, Gaylord LUYPAERT

Dessins

Jacques VAN RUSSELT

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables de « **Prospective Jeunesse – Drogues Santé Prévention** ». 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.

Impression

Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page

MEDIA
animation
communication & éducation



ÉDITORIAL

« Contre-frotter la machine »

La prohibition des drogues n'enraye pas leur consommation. Elle provoque en outre des effets délétères. Depuis 2006, plus de 80% des recherches scientifiques à propos de la corrélation entre la criminalisation des drogues et transmission du VIH estiment que la prohibition a un impact négatif sur la prévention et le traitement du VIH. Que faire, en tant qu'intervenant.e, en tant que citoyen.ne, quand la santé et la loi sont en désaccord ? Voilà la question posée lors de la journée d'étude « S'accommoder ou s'affranchir de la loi ? » organisée par la Liaison antiprohibitionniste le 8 décembre 2016 à Bruxelles.

En Belgique, les budgets publics « drogues » restent très largement alloués au volet sécuritaire, au détriment des questions de santé. Face à des produits interdits mais consommés, la Réduction des Risques est aussi nécessaire que précaire, sans cesse questionnée sur ses intentions, se questionnant sans cesse sur ses marges d'action. Sa récente reconnaissance comme stratégie de santé publique par la COCOF pourrait laisser croire que le débat est clos. Il n'en est que plus actuel : soit la RDR s'institutionnalise en acceptant le cadre proposé, soit elle profite de ce pied dans la porte pour dénoncer les entraves de la prohibition et repousser les limites qu'on lui donne.

Dans le premier cas, elle assure la pérennité de certaines pratiques et atteint de la sorte un objectif non-négligeable pour les usagers de drogues. En contrepartie, la désobéissance civile qui l'a alimentée se fait plus discrète. Autre paradoxe : alors que la RDR a pour prétention de « dé-marginaliser » l'usager de drogues, de le considérer comme un acteur social et de lui donner droit à la parole, sa philosophie ne risque-t-elle pas d'être instrumentalisée en système prohibitionniste pour trier les bons et les mauvais usagers, les « activés » et les autres, comme l'aborde Jérôme Poulain ?

Dans le second cas, la RDR reste fidèle à son histoire, porte ses valeurs en étendard mais un militantisme ne met-il pas en péril sa légitimation durement acquise ? Il existera encore longtemps des opposants pour dire que la RDR va trop vite, trop loin, même quand ses pratiques reposent sur des recommandations internationales ou sur une expertise longtemps éprouvée sur le terrain.

Cette question de l'institutionnalisation traverse l'ensemble des contributions de cette journée. La RDR a incontestablement besoin d'une identité forte pour donner sens à son action. Les articles abordent tous un angle d'une stratégie multifocale : à côté des urgences sociales, c'est plus largement notre culture de la santé que touche la RDR.

Une RDR forte existera en se répandant au-delà du secteur des assuétudes, non seulement au sein de l'ensemble des acteurs de la santé et du social, mais aussi parmi la société civile. C'est dans cet objectif que Prospective Jeunesse publie les contributions de cette riche journée d'étude. Est-ce par ailleurs un hasard si, quelques mois après l'événement, apparaît la campagne Stop1921 ? Celle-ci réclame que le centenaire de la loi régulant les produits psychotropes soit l'occasion d'un large débat public pour la modifier profondément. S'affranchir de la loi – « contre-frotter la machine », comme dirait Henry-David Thoreau dans son essai célèbre sur la désobéissance civile – est l'histoire de la RDR. Au moins jusqu'en 2021.

Caroline Saal
Responsable de rédaction

Éditorial	1
Caroline Saal	
Pourquoi cette journée d'étude ?	2
Bruno Valkeneers	
En quoi la Réduction des Risques est-elle un nouveau paradigme ?	3
Aude Lalande	
La prohibition, la RDR et l'apparition des bons usagers	6
Jérôme Poulain	
RDR et prohibition : quel sens donner à l'action ?	9
Catherine Van Huyck	
Drogues et plaisir	13
Pr. Patrick Pharo	
Du normatif au subversif	18
Raymond Massé	
Quelle place pour les usagers dans une RDR institutionnalisée ?	22
Aude Lalande	
B.A-BA pour un discours médiatique autour des usages de drogues	24
Baptiste Erkes	
Bruxelles se fédère autour de la promotion de la santé	27
Une carte blanche de la Fédération bruxelloise de la promotion de la santé	



Pour plus d'infos sur #STOP 1921,
voir www.stop1921.be

Pourquoi cette journée d'étude ?

> Bruno Valkeneers, la Liaison Antiprohibitionniste

Ce cahier est consacré à la journée d'étude du 8 décembre 2016 Réduction des Risques : Entre paradoxe et pragmatisme, la naissance d'un nouveau paradigme ? S'accommoder ou s'affranchir de la loi ? En l'organisant, Modus Vivendi et Liaison Anti prohibitionniste souhaitaient ouvrir ou rouvrir une réflexion sur le sens et sur les enjeux de la Réduction des Risques dans un contexte qui reste toujours celui de la de criminalisation des consommateurs de drogues. Ils cherchaient également à répondre à l'appel d'autres acteurs du champ de la toxicomanie et de la promotion de la santé, s'interrogeant sur les limites du champ d'action de la santé.

Que faire, dès lors que la loi apparaît parfois comme un frein à l'essor de pratiques innovantes éprouvées dans de nombreux pays ? Dans notre pays, le débat actuel sur les salles de consommation à moindre risque en est un bel exemple. Dans son aspect le plus positif, il a permis de dégager un consensus en faveur de l'ouverture de ce type de dispositif à Bruxelles. Il a permis de mettre cette question à l'agenda politique et de faire contribuer le secteur de la santé au processus législatif, au travers d'auditions, de groupes d'expertises, etc. Malheureusement, malgré le volontarisme de l'associatif et du monde politique bruxellois, ce projet n'aboutira probablement pas sous cette législature puisque le gouvernement fédéral s'y oppose. Cette logique du morcellement des compétences, nous la connaissons, et elle nous rappelle aussi que la loi nationale sur les stupéfiants est prépondérante et prohibitionniste.

Dans nos sphères de proximité régionale et communautaire, nous pourrions avoir le sentiment de beaucoup d'acquis depuis l'époque où l'on emprisonnait les consommateurs de cannabis, où échanger des seringues propres était un acte de désobéissance civile. Ce temps-là nous semble révolu. Mais pourtant, le fédéral refuse de laisser la Région bruxelloise entreprendre le service qu'elle souhaite pour répondre aux besoins de sa population et aux désirs d'un ensemble de praticiens de la santé. Un service qui ne constitue pourtant pas une révolution, puisque 86 salles de ce type ont ouvert en Europe, pour certaines depuis de nombreuses années d'ailleurs. À l'heure des pratiques sanitaires *evidence-based*, ce refus nous rappelle au passage que la preuve scientifique d'une efficacité ne constitue pas, ironiquement, un argument de poids dans l'univers de la rhétorique prohibitionniste.

Mais alors quel gage avons-nous de ne courir aucun risque lorsque nous nous attelons à les réduire ? Pouvons-nous avoir la garantie de ne jamais enfreindre la loi dans nos pratiques ? Avons-nous signé un pacte assurant la continuité d'une interprétation progressiste de la loi sur les stupéfiants, ou alors devons-nous nous méfier tout le temps, d'un changement de majorité politique, par exemple ?

La Réduction des Risques n'est pas un long fleuve tranquille et revêt encore une dimension politique par laquelle elle pourrait un jour être rattrapée, instrumentalisée ou muselée, si elle ne se mobilise pas. Dès lors, doit-on s'affranchir ou s'accommoder de la loi ?

En quoi la Réduction des Risques est-elle un nouveau paradigme ?

> Aude Lalande, ethnologue, Paris¹

Aude Lalande revient pour nous sur l'histoire de la RDR et sur les (r)évolutions multiples qu'elle a suscitées, dans les pratiques professionnelles comme dans les représentations d'un large public. Mais animée par différentes stratégies, son avenir n'est pas tout tracé...

Tout champ d'activité, surtout lorsqu'il émerge, cherche à s'autodéfinir : à énoncer ses objectifs, à clarifier les moyens dont il se dote, ses principes théoriques et éthiques, sa philosophie de l'action. Or il ne peut échapper, à qui parcourt la littérature consacrée à la Réduction des Risques, que tous les commentateurs y voient d'abord un « changement de paradigme ». Qu'entendent qualifier par là observateurs et acteurs ? Dans un premier temps, seront rappelées les lignes de force du tournant opéré dans les années 80-90 par cette nouvelle approche des consommations de drogues. Puis le choix du terme « paradigme » sera interrogé, avant de souligner les différenciations qui se sont opérées dans ce champ d'activité en France au regard des trente années qui nous séparent de l'apparition du sida et des premières mesures relevant alors d'une « préhistoire » de la Réduction des Risques.

Ces trois décennies recouvrent en effet en France trois périodes très différentes. **Une première d'émergence de ces nouvelles logiques sanitaires et sociales**, qui s'expérimente et se formule surtout à l'étranger. Il faudra le début des années 90 pour que se développent des expériences se revendiquant de cette approche. **Une seconde qui peut être qualifiée d'« expérimentale »**, courant globalement de 1992-94 à 2002-04, où la Réduction des Risques s'invente dans des programmes sanitaires et sociaux à statut plus ou moins expérimental et dérogoire aux lois, en lien souvent étroit avec leurs usagers. Et **une troisième** qui peut être qualifiée d'« **institutionnalisation** », couvrant la période

récente, ouverte par la reconnaissance officielle de cette approche socio-sanitaire des drogues illicites dans la loi de santé publique du 9 août 2004 et qui consolide le dispositif certes, mais en forçant la médicalisation.

Par ailleurs, en toile de fond de cette histoire française, doivent être prises en compte des évolutions scientifiques et politiques majeures : l'apparition et la structuration progressives de la discipline addictologique, au tournant des XX^e et XXI^e siècles ; l'inclusion, à mesure des années, de la Réduction des Risques dans le champ des recommandations officielles des plus hautes instances internationales (Organisation

« Des formes de Réduction des Risques existent de longue date, tels le contrôle de la qualité des boissons alcoolisées, (...) la standardisation des dosages (...) la sanction des comportements inappropriés »

Mondiale de la Santé, ONU-sida, l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, ou ONUDC) ; mais aussi une crise multiforme, à l'international, des politiques de prohibition des drogues.

En un quart, voire un tiers de siècle, la Réduction

1. Le propos a été résumé par Bruno Valkeeners, avec l'aimable accord de l'auteurice.

« Les modèles d'intervention [addictologique et communautaire] pourraient être considérés comme complémentaires (...) Mais ce serait oublier qu'ils ne sont pas en situation d'égalité »

des Risques a donc connu des changements de contextes locaux et internationaux d'importance et les paradigmes d'intervention s'y sont à la fois spécifiés et différenciés. Il importe aujourd'hui de prendre en compte ces évolutions pour comprendre le paysage actuel et les différents systèmes de pensée ou philosophies de l'action qui l'animent.

De la répression des consommations aux logiques de santé publique

Chacun a en mémoire le paradigme de régulation sociétale des drogues et des phénomènes de dépendance du siècle dernier, basé sur deux grands principes : la prohibition, au plan légal, d'une grande part des substances psychotropes, strictement interdites à la consommation, la production et la vente ; l'abstinence, au plan du soin, comme réponse aux problèmes d'excès et de dépendance. Les consommateurs de substances illicites, entre la pénalisation de leurs pratiques, la violence des jugements moraux qu'ils subissent (sur leurs choix de consommation comme sur leur « manque de volonté » d'en sortir) et l'intense stigmatisation sociale dont ils font l'objet, se trouvent souvent en situation d'impasse et de rupture sociale.

La « révolution » opérée au début des années 90 par la Réduction des Risques peut être caractérisée par son geste de déplacer la question des drogues des champs pénal et moral dans le champ de la santé publique :

- D'un point de vue **politique**, les programmes de Réduction des Risques rompent avec l'objectif d'éradication des drogues interdites.
- D'un point de vue **moral**, ils rompent, sinon avec la criminalisation, au moins avec la condamnation morale des consommations, même si le statut illégal de certains produits continue de créer des interférences avec les logiques de soin ou d'accompagnement social. Le principe de « suspension du jugement », familier de l'éthique médicale, servira de posture éthique pour l'ensemble du secteur.
- D'un point de vue **thérapeutique**, ils s'émancipent de l'impératif du sevrage, entendu comme objectif et modalité uniques du soin, pour proposer une palette de possibilités, de la prise en charge de problèmes somatiques (soin du sida par

exemple) à l'offre d'outils de prévention (échange de seringues), l'aide à gérer des problèmes de dépendance (substitution) ou au « simple » accompagnement social.

- Du point de vue de la **prévention**, ils rompent avec l'univocité du « *just say no* » de campagnes de « prévention primaire » destinées à dissuader de franchir le pas de la consommation pour leur préférer le « *security first* » ou le « *safety first* » de la « prévention secondaire », attachée à prévenir les problèmes de santé.
- Du point de vue de la **méthode** enfin, l'optique générale est celle du pragmatisme, la question n'étant plus celle du « pourquoi » mais celle du « comment faire ici et maintenant » pour parer à l'urgence et améliorer la situation des individus. La prise en compte des sujets est par ailleurs posée comme centrale : les consommateurs sont placés au centre de la décision et considérés comme les premiers « acteurs de leur santé », rien ne pouvant se faire sans eux.

Plus largement c'est donc la façon entière d'aborder les contrôles sociétaux de la consommation de substances psychoactives qui change avec l'adoption du point de vue de la Réduction des Risques.

Un changement de paradigme ou plusieurs ?

Pour autant, il faut sans doute relativiser l'impact de ce changement de paradigme et le resituer dans un contexte plus large. D'un côté, on rappellera que des formes de Réduction des Risques existent de longue date, tels le contrôle de la qualité des boissons alcoolisées, l'apprentissage des façons de boire aux jeunes gens, la standardisation des dosages en jouant sur le format des verres et la sanction des comportements inappropriés comme la conduite en état d'ivresse... D'un autre côté, l'apparition d'un nouveau paradigme de pensée n'empêche pas la survivance des anciens. Des représentations divergentes des drogues, légales ou illégales, des phénomènes de dépendance ou des réponses à y apporter coexistent dans nos sociétés. Et le fort impact aujourd'hui des postures de condamnation morale à l'égard des « toxicomanes » est connu, les refus réitérés d'une partie de la classe politique et de la société d'accepter « l'inacceptable » que représenterait la délivrance de matériel stérile, ou la très forte

prégnance de l'idéal d'abstinence dans les modèles de « sorties » de dépendance, alors même que s'éprouvent aujourd'hui d'autres types d'expériences et de réalités.

Par ailleurs, en vingt à trente ans d'existence, le champ de la Réduction des Risques a vu se diversifier les stratégies et les options : il se peut qu'un changement de paradigme en cache aujourd'hui un autre, et que différents modèles s'emboîtent ou se juxtaposent, sinon se fassent mutuellement de l'ombre.

Le signe et l'expression de ces évolutions sur le terrain français sont visibles dans la parution récente de deux livres, qui développent chacun à leur façon une conception de la Réduction des Risques : celle en 2012 d'un *Aide-mémoire de la Réduction des Risques* dirigé par Alain Morel, Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron² (qui fait suite à la parution deux ans auparavant, chez le même éditeur, d'un *Aide-mémoire de l'addictologie* dirigé par une équipe approchante), puis celle, en 2013, d'une publication de Médecins du Monde intitulée *Histoire et principes de la Réduction des Risques. Entre santé publique et changement social*³.

Le premier ouvrage expose les fondamentaux d'une **conception « addictologique » de la Réduction des Risques**. Cette approche est celle d'une médicalisation de la consommation de substances psychoactives et de comportements divers susceptibles de se voir qualifier de « conduites addictives » (jeu, sexualité intensive, usages intensifs d'internet). Son horizon est celui de la construction de la discipline addictologique, la Réduction des Risques y prenant sa place dans un continuum intégrant les différentes propositions d'accompagnement des « conduites addictives », de la prévention jusqu'au soin.

Le second ouvrage, quant à lui, rend compte d'une démarche fidèle à la **conception « historique » de la Réduction des Risques**. Son approche est motivée par la nécessité de maintenir le contact avec des populations tenues en marge pour des raisons symboliques (pratiques sexuelles) ou juridico-sociales (usage de psychotropes illégaux, prostitution, personnes migrantes) : elle s'appuie sur les principes de l'action « communautaire ». Son contexte est donc très différent de celui de l'approche « addictologique ».

Complémentarité ou rivalité des modèles ?

Ces modèles d'intervention pourraient être considérés comme complémentaires, et ils pourraient se développer parallèlement l'un à l'autre, l'un dans le champ médical, l'autre dans le champ social. Mais ce serait oublier qu'ils ne sont pas en situation d'égalité et que leur mise en œuvre est fortement tributaire de leur acceptabilité sociale, et de leur environnement politique.

L'un et l'autre ont des atouts comme des faiblesses. La Réduction des Risques « addictologique » représente un progrès dans l'approche médicale des consommations. Elle a le grand avantage de bénéficier d'une légitimité symbolique et d'une assise institutionnelle en lien avec l'institution médicale, comme de l'écoute des pouvoirs publics. Mais elle peine à élargir sa portée du point de vue de la prévention de problèmes de santé publique : son discours et son cadre théoriques suscitent les réticences de ceux – et ils sont nombreux – qui, consommant, ne se considèrent pas pour autant comme ayant des « conduites addictives » ; désavouent d'une manière générale la médicalisation des consommations de substances psychoactives, ou craignent l'« ingérence » de soignants dans leurs pratiques de consommation⁴.

Les programmes perpétuant les principes de la Réduction des Risques « historique » bénéficient à l'inverse aux yeux des consommateurs de la neutralité d'un discours technique et ajusté aux besoins qu'ils expriment, et ont l'avantage d'un savoir-faire méthodologique susceptible de leur permettre d'atteindre des publics éloignés. Mais ce mouvement souffre d'un manque de légitimité institutionnelle lié au statut symbolique de ses objets, et reste structurellement fragile. Contraint à prouver sans cesse une conformation tantôt aux priorités définies par les institutions médicales, tantôt aux normes juridiques, il peine à faire face aux problèmes qui se présentent, et les soutiens financiers lui font de plus en plus défaut.

Peut-être nous faut-il réfléchir aujourd'hui à ce qui serait perdu à sacrifier une approche au profit de l'autre.

2. MOREL A., CHAPPARD P. ET COUTERON J.P. (DIR.), *Aide-mémoire de la Réduction des Risques*, Paris, Dunod, 2012.

3. *Histoire et principes de la Réduction des Risques. Entre santé publique et changement social*, Médecins du Monde, 2013.

4. Dans un article de 2009, le sociologue Peter Cohen évoque une jeune femme consommatrice de longue date qui dit éviter « même malade (...) toute relation avec les professionnels du système de soin car ils "s'emparent de" et s'ingèrent dans son mode de consommation de drogues. ». Au point qu'elle a, dit-il, « failli perdre une oreille infectée parce qu'elle a tellement peur du système médical qu'elle en est restée éloignée trop longtemps. » cf. COHEN P., « *L'Impératrice nue. Les neurosciences modernes et le concept de dépendance* », consulté le 16 août 2017. En ligne sur : <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.empress.fr.html>. 2009.

La prohibition, la RDR et l'apparition des bons usagers

> Jérôme Poulin, la Liaison Antiprohibitionniste

La prohibition a aussi une histoire et des fondamentaux. La Réduction des Risques reconfigure les liens qui unissent le thérapeutique et le pénal. Pour Jérôme Poulin, ce changement dans les actes tarde bien trop, au risque de développer quelques leures, voire quelques effets pervers...

Les fondements du régime prohibitionniste

Au sein de la société occidentale, lors de la majeure partie du 20^e siècle, la volonté d'exercer une forme de contrôle envers les usages et les usagers de drogues a essentiellement consisté à traiter pénalement les personnes dont les conduites sont jugées « anormales »¹. Au nom de la justice, l'individu criminalisé se voit infliger une sanction qui vise simultanément à le punir pour le ou les comportements incriminés, et à le détourner de sa conduite par la menace de se voir infliger cette sanction. Le principe du régime prohibitionniste est d'une simplicité stupéfiante : la réduction de l'offre par voie d'interdiction généralisée et absolue de tout usage, commerce, production, sous peine de sanctions répressives, avec le droit pénal à la rescousse d'une tentative de réglementation des mœurs et de suppression des vices.

Issu de la morale protestante du 19^e siècle, le courant sanitariste voit dans l'abstinence un idéal de vertu. L'abstinencé est sage, respectueux des lois, résistant à la tentation, et ne coûte rien à la société. Dès lors, la préoccupation politique n'est pas exclusivement centrée sur le marché noir des drogues et son économie parallèle. Elle cible aussi les fondements

sanitaires et sociaux de ce discours moral, justification efficace du maintien de la doctrine prohibitionniste. Un système normatif s'élabore : l'usager de drogue est étiqueté comme un délinquant, mais également comme un malade. Et cette maladie est toujours considérée par certains comme contagieuse : l'initiation aux produits se ferait à cause d'un contact entre l'usager et le novice. Il était – et reste – fréquent d'entendre ce type de discours mêlant usage de drogue, risques d'épidémie (l'usage se répand) et d'escalade (les produits sont diversifiés).

Ce dogme se traduit dans une loi de droit pénal centenaire, plus que jamais d'actualité, la loi du 24 février 1921, appelée communément la loi sur les drogues ou sur les stupéfiants. Cette loi et son arrêté d'exécution interdisent un certain nombre de comportements, sauf autorisation médicale². Ces instruments ont été modifiés à plusieurs reprises : d'abord, dans le sens d'une répression accrue et, plus récemment, dans le sens d'une dépénalisation partielle des comportements entourant la détention de cannabis pour usage personnel.

Malheureusement, malgré de récentes déclarations politiques sur la volonté de privilégier les aspects curatifs et préventifs, malgré le principe maintes fois répété de soutenir les usagers de drogues plutôt

1. CABALLERO F., BISIQU Y., *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 2000.

2. Loi concernant « le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques » (M.B., 6 mars 1921), modifiée à de nombreuses reprises ; Arrêté Royal concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes (M.B., 10 janvier 1931), modifié à de nombreuses reprises.

« L'assise légale (...) fut postérieure à la pratique de terrain »

que de les punir, force est de constater, dans les faits, l'inversion des priorités. Une part importante des dépenses publiques est consacrée à la répression, en particulier à la recherche des infractions. La détention de drogues donne encore lieu à une approche policière particulièrement proactive. Et le traitement du contentieux des drogues par les parquets reste largement discriminatoire au regard de l'ensemble des infractions : moins souvent classés sans suite, les dossiers de stupéfiants font également l'objet de plus de poursuites et de mises à l'instruction. J'en veux pour preuve les statistiques pénitentiaires. Au 1^{er} mars 2012, plus de 3400 détenus étaient en prison pour des infractions en lien avec la matière des stupéfiants, soit environ 30% de la population carcérale. Le recours à la privation de liberté en matière de drogues a non seulement alimenté l'inflation carcérale au cours des dix dernières années, mais il l'a aussi renforcée. Ainsi, en 2012 toujours, 27% des détentions préventives concernent notamment une infraction en matière de drogues, (et deux tiers des 27% sont détenus uniquement sur la base de ce contentieux). Dans 60% des cas, ces détentions ne débouchent pas sur un maintien en prison au-delà du jugement et, dans un cas sur deux, elles se clôturent sans aucune condamnation³. Aucune condamnation, vraiment ? Ces personnes devront néanmoins justifier auprès de la société pourquoi elles ont passé plusieurs mois en prison, parfois sans pouvoir se rendre à leur travail, ni payer leur loyer. Cette mise à l'écart a des conséquences désastreuses pour ceux qui la subissent.

Vers l'éclosion de la figure du bon usager parmi les mauvais ?

La Réduction des Risques apparaît comme diamétralement opposée à la prohibition. Le décret Ambulatoire de 2016 voté par l'Assemblée du Parlement francophone bruxellois définit la RDR comme une stratégie de santé publique qui vise à réduire les risques liés à l'utilisation de « drogues » (entendu comme toute substance psychoactive, licite ou illícite). Il n'est donc point question ici de tenter de réduire le nombre de consommateurs, ni même d'induire un changement sanitaire ou psychosocial. Forte de son succès, progressivement, la RDR est devenue un objet politique, intégré comme modèle d'intervention, complétant le panel du répressif, du soin, et de la prévention. Même sous-financée, la voici siégeant sous le régime prohibitionniste, qui demeure la coupole surplombant les modèles d'interventions. La Réduction des Risques réduit les risques, certes, mais sans toucher au cœur de la prohibition. L'abstinence reste, politiquement, l'objectif à atteindre. La RDR est-elle, dès lors, si incompatible avec la prohibition des stupéfiants ? Ne pourrait-on donc pas soutenir qu'elle la renforce, ne serait-ce qu'en contribuant à en atténuer les principaux effets pervers ? En diminuant les risques générés par la prohibition et non par les drogues elles-mêmes ? Ces réflexions sont nécessaires pour les professionnels du secteur que nous sommes, afin de prendre conscience des limites de notre approche.

3. Statistiques policières de criminalité, Belgique, Police Fédérale, 2000-2011. Voir aussi GUILLAIN C., DELTENRE S., *Politique criminelle en matière de drogues : l'entonnnoir pénal*, Bruxelles, 2012.

La marge d'action de la RDR reste, à mon sens, très étroite, depuis son avènement par la délivrance de la méthadone et l'échange de seringues stériles. L'assise légale de ces projets fut d'ailleurs postérieure à la pratique de terrain. Actuellement, certains projets d'action se heurtent à de fortes résistances, provenant en grande partie de la loi de 1921. Le testing des drogues et la délivrance contrôlée d'héroïne témoignent, par exemple, de la persévérance dont il faut faire preuve et de la stratégie dont il faut user pour mettre à disposition du public ces outils... à coup d'auto-support, de désobéissance civile et citoyenne. Ces initiatives font encore polémique, notamment car, au-delà de leur capacité à réduire les risques, elles sont susceptibles de remettre en cause le modèle prohibitionniste et d'ouvrir le débat sur la dépénalisation de l'usage.

Enfin, le mouvement de la Réduction des Risques contribue malgré lui à l'émergence d'un nouveau personnage sur la scène du contrôle de l'usage des drogues illicites. Comme le souligne Nicolas Carrier dans son ouvrage « Politique de la stupéfaction », il ne s'agit plus de considérer l'individu comme un criminel à punir ou comme un toxicomane à soigner, mais bien comme une personne faisant des choix⁴. La politisation de la RDR et son instrumentalisation génèrent une forme de chimère : celle du bon usager parmi les mauvais, les malades, les délinquants ; l'image du consommateur rationnel, du

client autonome, même dans la dépendance ; l'individu qui utilise les services offerts, et qui ne laisse pas ses seringues à la traîne dans l'espace public. Car la sécurité publique est le deuxième axe autour duquel se structure, avec la santé biocorporelle des usagers, les risques sur lesquels se concentrent les stratégies de RDR. Le mieux-être d'une part, et le mieux paraître d'autre part.

Nous l'avons vu, le droit à la santé de l'usager de drogues reste fortement compromis par la pénalisation de l'usage. Tester des drogues, délivrer de la diacétylmorphine, ouvrir une salle de consommation dans un contexte prohibitionniste relèvent du paradoxe. Ce paradoxe entre loi et santé peut parfois nous pousser, nous, les intervenants, dans une attitude schizophrénique. Sommes-nous, malgré nous, des outils de contrôle social, ou des acteurs de promotion de la santé ? Quels rôles social et professionnel convient-il d'adopter en tant que spécialistes du secteur, face à cette réalité ? Considérer que nous sommes instrumentalisés, que notre marge de manœuvre est limitée n'est-il pas un argument suranné ? Encore des questions, et très peu de réponses. La concertation entre acteurs et actrices de terrain sera primordiale afin d'adapter au mieux nos pratiques, en n'oubliant pas qu'il faudra certainement prendre des risques, comme ce fut le cas par le passé, pour envisager de mieux prévenir.

4. CARRIER N., *Politique de la stupéfaction. Pérennité de la prohibition des drogues*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2008.

RDR et prohibition : quel sens donner à l'action ?

> Catherine Van Huyck, directrice de Modus Vivendi

Preuve de bonne volonté pour politique prohibitionniste, la RDR ? Médaille à épingle sur le veston d'une société désabusée ? Ca serait en méconnaître l'histoire ! À partir de son expérience de terrain, Catherine Van Huyck observe les paradoxes de l'institutionnalisation – fragile – de ce quatrième pilier drogues à l'heure de la tolérance zéro : face aux multiples enjeux éthiques, pas de répit pour le secteur !

Parler du sens de l'action en Réduction des Risques semblait à première vue chose aisée : notre travail, sur le fil, nos pratiques aux limites floues de la légalité nous obligent souvent à questionner notre cadre. Mettre en texte ces interrogations posait plus un problème de synthèse que de contenu ! Et pourtant, l'exercice s'est révélé plus difficile que prévu. Difficile en effet de se poser à nouveau la question du sens lorsqu'on a le nez dans le guidon, lorsqu'on est tout le temps dans le « faire », dans la gestion, dans la débrouillardise. Alors, qu'est-ce qui nous garantit encore que notre action est « juste », qu'elle a du sens ? Par ailleurs, du sens pour qui : pour nous les travailleurs, pour notre public, pour ceux qui nous financent pour des missions ?

Au sein de notre équipe, nous avons constamment l'impression de devoir nous battre, qu'il faut asseoir la Réduction des Risques et qu'elle ne va toujours pas de soi. Mais pour qui se bat-on ? Qu'en est-il de la militance et de la désobéissance civile à l'origine des premières initiatives de santé entreprises pour et avec les usagers de drogues ? Sommes-nous encore en résistance par rapport à la criminalisation des consommateurs et ses effets contre-productifs en termes de santé et de justice ? Oui et non.

Non, car nous avons obtenu une certaine reconnaissance de la Réduction des Risques. Parfois même, plus que nous ne le pensions. Elle est citée

partout. On en est même parfois gênés ! À tel point que plusieurs personnes nous ont dit que le thème du colloque était dépassé. Aujourd'hui, la Réduction des Risques « va de soi », nous n'avons plus à la défendre. Elle est donc intégrée au système... Peut-être un peu trop ?

Il y a toujours une petite voix, le Jiminy Cricket de la RDR, qui nous susurre à l'oreille que, s'il y a des avancées, il y a aussi des combats qui restent à mener, des pièges dangereux à éviter, des chants de sirènes bien tentants, comme cette reconnaissance acquise en étant moins trublions, un certain confort que nous ne voulons pas perdre.

« Il est nécessaire de rentrer d'emblée dans un projet social »

Sur le terrain, nous constatons le renforcement sécuritaire en termes de présence policière et de moyens légaux de contrôle et de répression. À l'heure du « tout sécuritaire » et de la prohibition accrue, la RDR, malgré sa présence dans le paysage institutionnel, pose la question de sa raison d'être : est-elle un confort éthique face à ces politiques ? Sommes-nous finalement un instrument au service du cadre

législatif prohibitionniste ? Après tout, la Réduction des Risques est présentée parfois comme un cadre suffisant pour contrebalancer les effets négatifs de la prohibition en termes de santé... La loi, on n'y touche pas, sauf pour prohiber davantage de substances, dans une spirale folle, sans aucun questionnement sur le sens de cet interdit.

Prenons l'exemple de l'XTC¹. Quand la police a traqué les précurseurs servant à fabriquer la MDMA (substance active de l'XTC)², les producteurs ont utilisé des pré-précurseurs pour la produire³. Ceux-ci sont utilisés en grande quantité dans l'industrie et ne peuvent donc être ni interdits ni tracés facilement. Le produit final ainsi fabriqué s'est avéré beaucoup plus puissant que le produit de départ mais... rien n'a été revu, aucune interrogation ne s'est posée dans le chef des responsables politiques sur le sens de cet interdit, de cette fuite en avant infinie et combien lassante.

« Quand la police a traqué les précurseurs servant à fabriquer la MDMA, les producteurs ont utilisé des pré-précurseurs (...) Ceux-ci sont utilisés en grande quantité dans l'industrie et ne peuvent donc être ni interdits ni tracés »

Le renforcement actuel du volet sécuritaire dans l'approche de la problématique des drogues met également à mal une des grandes valeurs de la RDR : la participation. Difficile dans le contexte actuel d'expliquer que l'on travaille avec des usagers actifs et qu'ils sont des acteurs essentiels du dispositif de Réduction des Risques. Les associations sont donc de plus en plus contrôlées, leurs bénévoles doivent être des moines irréprochables ! En France, l'association d'auto-support Techno+, active en milieu festif depuis plus de 20 ans, reconnue officiellement comme un CARUD⁴ par le Ministère de la Santé, vient d'être perquisitionnée la semaine dernière⁵. Une vingtaine de policiers ont envahi les locaux pendant la réunion communautaire (avec les usagers). Des membres de l'association ont été placés en détention et l'association est accusée d'incitation à la consommation.

Actuellement, nous sommes donc en tension entre deux courants : une reconnaissance officielle de la RDR et un mépris de ses principes. Dans un tel contexte, il est intéressant de revenir au sens originel pour le mettre en miroir face aux réalités actuelles.

Le sens originel de la RDR

Je voudrais partager avec vous une irritation profonde. Je n'aime pas, mais alors pas du tout ce constat souvent posé par ses détracteurs d'une RDR pragmatique et donc, sous-entendu, sans valeurs.

Le noyau originel de la RDR, où elle a tiré son sens, est né de l'urgence, en réalité de deux urgences. La première était sanitaire : elle a poussé le secteur des assuétudes à réinterroger ses modes d'actions donnant naissance à la Réduction des Risques. La deuxième était sociale et elle reste de plus en plus prégnante malheureusement.

La RDR a souvent été présentée comme un clivage net entre une approche « idéaliste » dite morale, celle de l'abstinence, et une approche pragmatique. L'une viserait à empêcher et à prévenir la « maladie ». L'autre, constatant qu'un monde sans drogue est une utopie, limiterait exclusivement les dommages sanitaires de la consommation, sans plus. La réalité de notre travail est beaucoup plus mélangée et plus nuancée que ce simple dualisme.

L'urgence de l'épidémie du sida a obligé les professionnels du secteur des assuétudes à repenser leurs postures, à avoir le courage de remettre complètement en jeu leurs pratiques, à sortir de leur bureau, de leur centre. Ils sont allés à la rencontre de la réalité de leurs patients, qu'ils ne connaissaient pas. Ils ont accepté ces « patients perdus », trop rétifs au traitement.

Cette remise en question s'est faite à partir d'une question éminemment morale, incarnée à travers l'interrogation de femmes engagées comme Annie Minot et Anne Coppel⁶ : « est-ce que les usagers de drogues ont le droit de vivre ? ». L'urgence sanitaire s'est d'emblée transformée en une urgence éthique.

La RDR est en partie née d'une crise morale des intervenants qui ont recentré leurs priorités à partir des droits humains fondamentaux. Des professionnels mais pas seulement : les usagers y ont joué un rôle prépondérant. Effectivement, ils étaient non seulement preneurs mais aussi acteurs. Ils étaient prêts à prendre des risques pour d'autres usagers

1. NDLR : L'XTC désigne l'ecstasy.

2. Les précurseurs de drogues et de stupéfiants sont des produits chimiques ou réactifs susceptibles d'être utilisés dans la composition d'une substance psychoactive illégale.

3. Le pré-précurseur est un produit chimique utilisé pour fabriquer un précurseur. Il s'agit généralement d'une substance non listée comme substance interdite.

4. Appellation française pour les centres agréés de Réduction des Risques.

5. Début décembre 2016 (N.D.L.R.).

6. Pionnières en Suisse et en France de la Réduction des Risques.

qu'eux-mêmes, et ceci dans un souci de revendiquer un droit à la SANTÉ et à la vie que le sida venait durement ébranler. Rappelons ici que le premier comptoir d'échange de seringues bruxellois a été ouvert en toute illégalité par des usagers de drogues, dans les années 90. Par des personnes qui, elles-mêmes, avaient des difficultés à trouver du matériel d'injection propre. Ils se sont d'emblée posé la question de manière collective : que pouvons-nous faire ensemble pour permettre cet accès ? Ils n'ont pas attendu un cadre légal... Ils ont décidé d'agir, de prendre des risques pour la collectivité. C'est de cette expérience aussi que la RDR a puisé une partie de son ADN.

Très vite, la RDR s'est élargie au champ social. On parle d'urgence sociale. Il est impensable d'aller dire à quelqu'un qui vit en rue qu'il doit s'injecter proprement... Qu'est-ce que « proprement » quand on n'a pas de toit, quand on doit consommer à la sauvette dans la rue ?

Pourquoi, pour des raisons morales, ne peut-on offrir un espace dans lequel ces personnes peuvent consommer dignement ? Pourquoi, au nom de principes moraux, leur refuser le droit à la santé et à la dignité ? Les arguments en défaveur de l'ouverture de salles de consommation me semblent concentrer une bonne part du cynisme reproché à la RDR, et cela au nom de la morale.

Et, à l'heure actuelle, qu'en est-il du sens ?

Les situations vécues par les usagers se dégradent rapidement ; tellement vite que les travailleurs passent une partie de plus en plus importante de leur temps à essayer de remédier à des situations sociales catastrophiques, à des déglings de plus en plus interpellantes. Ceci n'est pas l'apanage du secteur des assuétudes, malheureusement. Mais nous devons constater que les usagers de drogues doivent souvent faire face à des multiples stigmatisations qui aggravent considérablement la rapidité et la violence de l'exclusion. Les effets de la loi sont dévastateurs, car elle tue toujours, spécialement les plus précarisés, les plus stigmatisés et donc les plus fragiles.

Le nombre de poursuites et d'incarcérations liées aux stupéfiants augmente. Car, oui, les usagers continuent d'aller en prison. Il est alors encore plus difficile de leur donner accès à la Réduction des

Risques, à la prévention et aux soins. Le Rapport de 2008 sur l'usage de drogues dans les prisons belges indiquait que 55,1% des répondants consommaient des psychotropes durant leur détention, et que 36,5% des détenus l'étaient pour des faits liés aux stupéfiants ! Nous savons tous à quel point le chemin de la sortie est difficile. Une partie d'entre nous connaît trop bien ces overdoses à la sortie. « Pas de chance... » Vraiment ?

Modus a mené une enquête il y a quelques années sur les usagers de drogues les plus stigmatisés. Parmi les femmes rencontrées alors, certaines se prostituaient et étaient appelées « toxiputes », victimes d'une triple, si pas de quadruple exclusion : « droguées » et prostituées, donc doublement hors-la-loi ; consommant par injection, donc considérées comme le « bas-fond » de la consommation ; et si elles avaient des enfants, considérées comme mères indignes.

Ces femmes, lorsqu'elles étaient victimes de violence, ne pouvaient même pas aller se plaindre à la police. Elles n'avaient aucun recours, elles étaient même souvent *persona non grata* dans les services de soins... Elles étaient tout simplement des « non-droits ».

Pourtant, la déclaration de Vienne de 1993, admise par l'Assemblée générale des Nations Unies, déclare : « La réflexion à l'échelle européenne pointe depuis près de dix ans, l'impératif de redonner une place à ces publics, et pas seulement de leur adresser des politiques spécifiques médicales ou répressives. Tant qu'ils seront indésirables dans les hôpitaux généraux, dans l'action sociale ou dans les circuits d'insertion, tant qu'ils subiront les effets du processus conjoint de précarisation et de criminalisation, en oscillant entre la rue et la prison, l'effet des actions dans leur direction restera éphémère ».

Nous ne pouvons limiter la responsabilité de l'usage de drogues, et des dommages que cela produit parfois – j'insiste sur le « parfois » – uniquement à celui qui la consomme. Il faut donc dépasser le sanitaire pour rester éthique. Il est nécessaire de rentrer d'emblée dans un projet social. Mais plus encore, nous avons une responsabilité commune, civique et dès lors politique.

Les enjeux éthiques actuels de la RDR

Oui, un engagement militant est toujours d'actualité ! Non, le débat sur la prohibition n'est pas résolu ! Non, la question de l'exclusion ne sera pas résolue par l'antiprohibition, mais on ne peut pas pour autant faire l'économie de cette question.

Je ne veux plus entendre que le débat sur la prohibition est suranné parce que la RDR est une voie alternative ou palliative. Impensable de dire cela à un usager de drogues qui est en prison pour des faits liés à sa consommation, qui consomme en prison pour supporter le monde carcéral, à qui on ne propose rien, à part un « projet personnel » pour prouver sa bonne foi dans un processus de réinsertion. Processus délirant au demeurant, puisqu'on va lui demander dans son « projet » de trouver un travail, un logement, depuis le fond de sa cellule. Alors cet usager, détenu, choisit encore trop souvent d'aller « en fond de peine » car la mission est impossible⁷. Qui se sent en droit de lui expliquer que la loi qui l'a conduit là est faite pour son bien ? Et que pour le reste, la RDR a réglé tout cela. C'est immoral !

« Il est grand temps (...) de nous confronter à Monsieur et Madame Tout-le-monde en leur expliquant le sens de notre travail »

Certes nous avons avancé : la RDR est enfin reconstruite dans les textes régionaux comme une approche à part entière. Certes, la collaboration entre les différents services autour de cette approche est de plus en plus productive et stimulante. Nous nous chamaillons bien de temps en temps, mais nous nous rejoignons toujours sur nos valeurs.

Cependant, nous avons le devoir de ne pas nous arrêter à ce stade car la Réduction des Risques, telle que nous la revendiquons, telle qu'elle est défendue par l'ensemble du secteur via la Charte⁸, n'est ni un contrôle social ni une politique hygiéniste.

Nous ne pouvons éviter de nous interroger sur ce qui produit des dégâts et ceci ne peut aucunement être rattaché uniquement au fait individuel de consommer.

Je voudrais ici citer Serge Zombek, qui avec d'autres précurseurs (ou pré-précurseurs... eh oui la RDR a aussi les siens !) en Belgique, n'hésitait pas à parler de « bon usage » que la langue de bois actuelle nous oblige à prescrire : « Il n'y a pas de Réduction des Risques qui tienne la route torturée de l'éthique si elle persiste à prendre pour cible l'individu (ou le groupe) à risque ; au contraire, elle n'est réellement défendable qu'en tant qu'elle s'appuie sur une analyse des conditions générales de production des dommages et des modifications, en amont des comportements individuels, de ces conditions ». Il est impensable de ne pas acter que la prohibition fait partie des conditions générales de production des dommages. Un positionnement éthique et politique est ici nécessaire.

C'est vrai aussi qu'à un moment donné, on est fatigué, on aimerait trouver d'autres modes d'action plus doux, moins guerriers. C'est aussi vrai, que des retours en arrière sont possibles (il suffit de voir les débats qui ont à nouveau lieu partout en Europe sur l'avortement). Ces derniers temps, nous sommes dans la politique du petit pas, mais cela a ses limites. Nous nous sommes tous dits : « Si le testing est mis en place... si la législation sur le cannabis s'assouplit... si les salles de consommation peuvent exister... alors peut-être qu'on avancera... C'est un pas dans la porte ». Nous nous disons également : « dans le climat actuel, ce retour du sécuritaire à tout crin, faisons nous petits, allons-y doucement. ». Nous nous sommes créés un « entre-soi » protecteur... un peu comme sur Facebook où, petit à petit, on ne voit que les avis de gens qui pensent comme nous et cela nous rassure.

Désormais, il est grand temps de sortir de ce doux cocon pour partager nos constats, grand temps de lancer un débat au sein de la société civile et de nous confronter à Monsieur et Madame Tout-le-monde en leur expliquant le sens de notre travail. Il est temps pour nous d'aller plus loin : demander une vraie régulation, un vrai projet de légalisation contrôlée et, si nécessaire, prendre des risques pour cela.

7. « *À en fond de peine* » signifie que la personne incarcérée ne demande pas de libération conditionnelle et reste en milieu fermé jusqu'à la fin de la peine.

8. La Charte de la Réduction des Risques a pour objectif de constituer le socle conceptuel de toute démarche pouvant se réclamer de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues en Belgique francophone. Disponible sur le site de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique41>

Drogues et plaisir

> Patrick Pharo, sociologue et philosophe, ancien directeur de recherche du CNRS et du CERSES¹

Les techniques de marketing et les drogues ont un effet commun : agir sur les dispositifs neurologiques du plaisir. À partir de témoignages d'usagers, Patrick Pharo nous invite à prendre en compte notre insatiabilité pour penser la place de la RDR, que les produits soient illicites ou non.

La Réduction des Risques s'est inscrite dans un consensus utilitariste, en France au moins : elle s'est pensée à partir de données en matière de contaminations ou de décès accidentels. Il s'agissait clairement de réduire la somme de malheurs liés à l'usage de drogues. Et c'est bien ce qui s'est passé, en même temps qu'une institutionnalisation de la posture de *care*². Les politiques de Réduction des Risques ont réduit considérablement les contaminations de maladies transmissibles et les décès liés à l'usage des drogues. Elles sont un progrès indéniable. Il faut néanmoins souligner que l'utilitarisme et même la philosophie du *care* sont très différents d'une philosophie de la liberté reposant sur les deux principes inscrits dans les articles 3 et 4 de la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui » et « La Loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la Société ». Les politiques de prohibition ont été régulièrement justifiées par les « nuisance à autrui » ou les « nuisance à la société ». Historiquement, les politiques de drogues ont davantage tenu à un souci prophylactique, imposé par la médecine et la pharmacie depuis le début du 20^e siècle. Ont été écartés des produits alors facilement accessibles, comme l'opium ou la cocaïne, face à un marché en forte extension. Mais cette prophylaxie est et restera inadaptée, tant que la propension humaine à « vivre intensément » et à

« jouir sans entraves » – pour reprendre des mots d'ordre de Mai 68 – ne sera pas reconnue, autrement dit tant que la culture du plaisir et de la liberté n'aura pas une place dans les programmes éducatifs et thérapeutiques.

« L'addiction est un accident de la liberté »

Sociologie morale du plaisir³

Les recherches dans le domaine des addictions ont souvent privilégié les questions de rationalité : quels publics, quels âges, quelles conditions socio-économiques, quels produits... Je me suis centré au contraire sur les sentiments, en particulier sur le plaisir. Ce qui motive une action, c'est toujours l'attente d'un plaisir, d'une « récompense », ou au moins la cessation ou l'évitement d'une douleur. La subjectivité de ces phénomènes a longtemps été jugée insaisissable par les sciences sociales et le behaviorisme. Il existe néanmoins un critère pragmatique minimal permettant d'objectiver le plaisir : l'envie de recommencer (« Encore ! »). En outre, les travaux de neurosciences et les études sur les circuits de la récompense et les récepteurs endogènes du cerveau ont permis d'objectiver la connaissance du plaisir de l'usage de drogues, et des dérèglements neurochimiques associés aux addictions.

1. Propos résumé par Caroline Saal, avec l'aimable accord de l'auteur.

2. Par rapport à l'alternative se soigner ou se faire réprimer, le *care* instaure un début de reconnaissance de la responsabilité et des devoirs de la société à l'égard des personnes qui se sont fait piéger par l'usage des drogues. NDLR : *Care* signifie « prendre soin de » et désigne les actions et attitudes des acteurs sociaux et sanitaires visant non pas à guérir une personne (on parle du *cure*) mais à faire attention à elle, à maintenir ou renforcer son bien être.

3. La sociologie morale, qui guide mes travaux, est une sociologie non classique qui aborde les faits sociaux de façon indirecte, au travers des sentiments et des idées philosophiques et morales que se font les gens ordinaires.

Par exemple, la consommation de cocaïne inhibe la recapture de dopamine, entraînant la nécessité de consommer à nouveau. L'usage des drogues peut aussi entraîner un découplage entre les différents systèmes de neurotransmetteurs qui assurent l'équilibre habituel du cerveau (sérotonine, noradrénaline...).

Ces connaissances soulignent la dimension anthropologique de l'usage de drogues. Malgré des vulnérabilités sociales particulières et des géographies sociales de la drogue, l'addiction n'est pas liée à l'appartenance à une classe ou à un milieu social particulier, mais à ce support neurophysiologique dont découle le tableau clinique bien connu des addictions : sensations de manque, *craving* (désir extrême de consommer), syndrome de sevrage, tolérance qui pousse à consommer plus, consommation compulsive,

obnubilation sur l'objet désiré, détérioration de la vie sociale...

Le plaisir ou la récompense est un phénomène mental ou moral : cela se passe d'abord dans la tête, même quand ça passe par les sens. La motivation pratique est toujours associée à une récompense, qu'il s'agisse de se plonger dans des « paradis artificiels » ou juste de faire son devoir moral. En revanche, plaisir ne se confond pas avec utilité. Celle-ci a un sens de calcul économique et rationnel et, très souvent, la recherche du plaisir contredit celle de l'utilité. La principale motivation de l'usage de drogues est la récompense (qui suit l'effort), la jouissance (au sens de la satisfaction d'un désir extrême) ou l'interruption d'une douleur. Alors que les soignants sont souvent réticents à prendre en compte cette réalité, entre autres au vu des trajectoires de souffrance, je la crois incontournable.



Drogues et addictions

Pourquoi/comment devient-on *addict*? Parmi les réflexions éthico-philosophiques des personnes que j'ai rencontrées, la réponse la plus partagée est que l'addiction est un accident de la liberté. Les entretiens menés avec des personnes essayant d'arrêter une consommation sévère d'héroïne, de cocaïne ou d'alcool, ont mis en exergue un sentiment commun : celui d'avoir été piégées par des produits. En consommant, elles visaient d'autres fins, en particulier la fête et les intensités de vie, ou alors l'apaisement d'une douleur. Elles considéraient leurs propres cas comme des accidents de parcours et élaboraient des explications philosophiques ou sociologiques autour de l'exercice de la liberté, le choix de prendre certains risques, les mimétismes sociaux, les vulnérabilités individuelles, les nuisances à soi-même ou à autrui, le rapport à la loi... Le but de la sociologie morale n'est pas de trancher entre toutes ces explications mais plutôt de mieux comprendre leur sens philosophique. Par exemple, les drogués sont réputés « faibles de volonté » : à un moment donné, leur consommation les dépasse et devient incontrôlable. Or, dans mes enquêtes, beaucoup ont souligné la dimension de choix en début de parcours et le fait que, pendant un bon moment, voire tout le temps pour ceux qui ne vont jamais se faire soigner, ils y allaient « de bon cœur » et sans états d'âme. Cette perception démontre plutôt une auto-indulgence, qui s'applique à beaucoup de pratiques sociales gratifiantes (gagner de l'argent, avoir des rapports sexuels...).

Anthropologiquement, la notion d'addiction véhicule des modèles de comportement : ceux d'une dépendance initialement plaisante ou heureuse qui tourne mal, et devient une nuisance ou un enfer. Or c'est le sort commun des humains de risquer de s'effondrer dans leur course à la récompense.

Les instances professionnelles ont longtemps hésité sur les termes à utiliser au sujet de l'intoxication par les drogues. Finalement, l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), après avoir longtemps préféré les notions de dépendance et d'usage abusif, a rapproché dans le DSM-V les troubles liés à une substance et les troubles addictifs. Tous les plaisirs intenses, avec ou sans drogue, peuvent donner lieu à des dérèglements addictifs, sous forme de manque extrême, de *craving*, d'usage compulsif, de tolérance, de syndrome de sevrage, etc.

La notion d'addiction permet donc de faire ressortir, et c'est son grand intérêt, une triple continuité :

- la continuité entre l'usage des drogues et celui des plaisirs sans drogues : sexe, alimentation, jeux, aventures..., agissant sur les mêmes circuits de la récompense ;
- la continuité entre les dérèglements addictifs et les plaisirs (« des dépendances ordinaires »), dont les premiers ne sont qu'un emballement malheureux et non voulu ;
- la continuité entre les « drogués » et l'humanité commune dont ils font partie et dont ils partagent la même appétence aux plaisirs, malgré la stigmatisation dont ils font l'objet.

Les pratiques addictives sont enracinées dans des mécanismes évolutifs associant la prise de risque et le plaisir. Selon les psychologues évolutionnistes, les activités qui auraient donné lieu au développement ancestral des circuits neurologiques de la récompense et de l'appétence au plaisir seraient liées principalement à la sexualité et à l'attachement parental – et non aux drogues qui ne font qu'agir sur des dispositifs préexistants. La passion et l'attachement amoureux illustrent très bien l'association constitutive du plaisir intense avec le risque et les extrêmes : le prétendant ou le petit court toujours le risque de ne pas être choisi par le partenaire ou le parent. Certains plaisirs sont finalement sans dommage, suscitant des dépendances heureuses, et le fait de goûter des plaisirs extrêmes ne suffit pas à créer une addiction proprement dite. Mais le risque demeure un aspect constitutif du plaisir, dans la mesure où l'objet du plaisir peut toujours échapper au sujet. Le plaisir vise toujours à être répété, il est donc forcément en échec lorsque la répétition est impossible.

« Il existe probablement peu de limites naturelles à la recherche de récompenses »

À partir de là, le risque peut être considéré de deux façons : soit comme un ingrédient nécessaire, augmenté pour jouir davantage ; soit comme une menace pour le plaisir, en étant plus enclin à limiter les

risques pour le préserver. Une des particularités de la Réduction des Risques est d'avoir nettement écarté la première branche de l'alternative, sans pour autant choisir clairement en faveur de la seconde. Une culture du plaisir et de la liberté impliquerait en effet de considérer le risque comme une menace non seulement pour soi-même ou pour autrui, mais aussi pour le plaisir.



Addictions individuelles et collectives

Aujourd'hui, la société est souvent décrite comme addictogène, soulignant de la sorte le lien entre les usages de drogue et une culture morale: l'individualisme, la recherche de l'efficacité personnelle, la course au succès, l'hédonisme ambiant sont pointés comme des facteurs encourageant la consommation de drogues. Sans le nier, je pense que l'effet addictif de la société relève d'un mécanisme aveugle qui reproduit au plan collectif les mécanismes tout aussi aveugles de l'addiction individuelle. Ce dernier se situe à la conjonction de deux phénomènes congruents: la prédisposition des êtres humains à rechercher des plaisirs et des récompenses d'une part; un contexte social d'inflation des

offres de consommation, inhérent à la logique économique du capitalisme d'autre part. L'économie capitaliste moderne cherche constamment à élargir ses marchés, par une stimulation constante du désir des consommateurs.

Or il existe probablement peu de limites naturelles à la recherche de récompenses: les dispositifs neuropsychologiques des êtres humains les ont confrontés plus souvent au manque qu'à l'excès, les préparant davantage à la pénurie qu'à la pléthore. Mais l'innovation technique et l'ouverture des frontières au cours du 20^e siècle a facilité l'expansion des marchés de tous les produits existants, y compris celui des drogues. Ce phénomène a suffi à élargir mécaniquement la population vulnérable aux addictions.

Les techniques de marketing et la publicité cherchent à capter la force motivationnelle associée aux dispositifs neurologiques du plaisir et de la récompense, bref à susciter des effets psychoactifs. Une société addictogène désigne le piratage des mécanismes individuels de recherche du plaisir par des pressions morales et économiques – ce que Durkheim appelait des « courants sociaux ». Les addictions prises au sens strict d'un parcours personnel de perte de contrôle et de souffrance ont toujours un ancrage individuel, et elles ne concernent jamais que la fraction la plus vulnérable d'une population. Mais elles s'inscrivent aujourd'hui dans des addictions collectives, c'est-à-dire des classes d'habitus ressentis comme collectivement plaisants ou gratifiants, mais incontrôlables, exponentiels dans leur développement, et en définitive aux conséquences néfastes pour la collectivité, comme pour les individus.

Derrière la surconsommation de smartphones mais aussi de divertissements télévisés, existent des stratégies concertées dont témoigne par exemple un ancien ingénieur informatique et « philosophe produit » de Google⁴. Il explique comment son travail et celui de ses collègues visaient explicitement à « pirater l'esprit des gens par la technologie » afin de créer un « phénomène d'addiction à la sollicitation technologique ». « Le téléphone, dit-il, est cette chose qui rentre en compétition avec la réalité, et gagne. C'est une sorte de drogue. Un peu comme les écrans de télévision, mais disponibles tout le temps et plus puissants. Le problème, c'est que ça nous change à l'intérieur, nous devenons de moins en moins patients avec la réalité, surtout quand c'est

4. <http://tempsreel.nouvelobs.com/rue89/rue89-nos-vies-connectees/20170620.OBS1011/james-williams-s-alarme-du-temps-que-facebook-vole-aux-gens.html>

ennuyeux ou inconfortable. Et parce que la réalité ne correspond pas toujours à nos désirs, nous en revenons à nos écrans (...) ». Par utilité sans doute, mais aussi par narcissisme, recherche de nouvelles des proches, tentatives de tromper l'ennui... autant de manques susceptibles d'être comblés par la pratique de Facebook et autres « réseaux sociaux ». Le film *Her* (Spike Jonze, 2014) raconte comment, dans un futur très proche, un jeune homme tombe amoureux de son système d'exploitation, capable de parler et d'avoir des sentiments.

Gagner de l'argent est une autre tendance addictive

« Il faudrait promouvoir des politiques systématiques non pas d'abstinence mais de culture de la liberté et des plaisirs. »

majeure des démocraties libérales. Il concerne aussi bien les personnes défavorisées, qui pratiquent les jeux de grattage ou les achats compulsifs, que les plus nantis, avec les jeux d'argent traditionnels et les circuits financiers. Toute une littérature et une cinématographie se sont développées autour d'une sorte de dérive gloutonne du capitalisme, en rupture complète avec l'ascétisme des premiers entrepreneurs calvinistes décrits par Max Weber⁵. Le « film de *trader* » montre les dégâts moraux de l'addiction à l'argent dans les milieux financiers, avec pour particularité d'externaliser les conséquences négatives sur des tiers⁶.

Conclusion

Il existe une responsabilité collective de la société dans le développement des pratiques addictives en général et des addictions très sévères en particulier. Les addictions individuelles sont favorisées soit de façon involontaire par la seule évolution des mœurs ou du marché, soit de façon concertée par des stratégies marketing, publicitaires ou politiques. Cette conclusion n'enlève rien à la responsabilité des sujets sur leurs propres choix, mais elle invalide en grande partie la logique prohibitionniste et ségrégationniste par rapport aux drogues.

Une seconde remarque concerne l'intervention

éducative et thérapeutique. Puisque la recherche du plaisir est une propension naturelle des êtres humains, et si on pense aussi que les personnes ont la liberté d'orienter cette propension à leur convenance, il faudrait promouvoir des politiques systématiques non pas d'abstinence, mais de culture de la liberté et des plaisirs. Or ce genre de politique n'est pas facile à mener dans un contexte socio-économique qui ne cesse, au contraire, de manipuler le plaisir et la liberté de chacun.

Qu'inclure dans cette éducation aux plaisirs et à la liberté ? De façon très générale, les philosophes classiques ont prêché la maîtrise des passions, des capacités de contrôle de soi auxquelles ne peuvent accéder que des élites morales. La plupart d'entre nous a du mal à se conformer à de telles figures. Cependant, la rupture morale radicale avec le contrôle de soi, style années 60, est assez difficile à promouvoir. Des philosophes aussi radicaux que Michel Foucault se sont eux-mêmes rabattus sur une notion d'« usage des plaisirs » qui donne une part importante au contrôle de soi. C'est ce dilemme entre jouissance illimitée et contrôle de soi qu'il faudrait enseigner – et non pas seulement la morale du contrôle de soi qui aboutit inévitablement à des situations de perte de contrôle. À charge pour chacun de trouver pour son propre compte la moins mauvaise des solutions. Ce serait là une façon réaliste d'introduire la culture du plaisir et de la liberté dans l'idée de Réduction des Risques.

Terminons par la question de la prohibition, qu'une majorité de chercheurs et d'intervenants (mais seulement une minorité de politiques), considèrent aujourd'hui comme injuste, inefficace et dangereuse pour la cohésion sociale, outre l'atteinte au principe de liberté individuelle que je souhaite ajouter. Sous l'aspect juridique, la meilleure façon de réduire les risques serait peut-être de rapprocher entre elles les législations des drogues licites et illicites, en ne facilitant l'accès à aucune d'entre elles, mais en laissant la liberté d'en user, de préférence sous les formes les moins agressives (sur le modèle de l'ancien vin Mariani ou des préparations à base d'opium). Une des façons de faire évoluer la politique de Réduction des Risques serait d'accepter clairement la production et la vente de drogues à des fins non médicales, sous des formes réglementaires qu'il reste à inventer.

5. Voir les livres de Robert Frank.

6. *Wall Street* (Oliver Stone) et *Le loup de Wall Street* (Scorcese) illustrent le mélange des addictions à l'argent, au sexe et aux psychostimulants. *Margin Call* (Jeffrey McDonald Chandor) décrit la mobilisation progressive pendant une seule nuit de toute la hiérarchie d'une grande banque, jusqu'au directeur général, demi-dieu descendu de son hélicoptère posé sur le toit du building, pour faire face à une crise majeure consécutive à des prises de position aventureuses sur les marchés. Dans *The big short* (Adam McKay), lors de la crise des subprimes de 2008, on suit quelques investisseurs compulsifs mais très avertis. *L'outsider* (Christophe Barratier), film français du même genre, développe explicitement le modèle de l'addiction au jeu à partir de l'exemple du trader de la Société Générale, Jérôme Kerviel.

Du normatif au subversif

> Raymond Massé, anthropologue, Université Laval, Québec, Canada¹

La RDR s'est invitée, non sans turbulences, dans le champ de la santé publique. Les uns la réclament du pragmatisme, les autres de la solidarité. Évaluant les effets de ces stratégies, Raymond Massé voit, lui, une occasion à saisir : et si la RDR modifiait durablement le rapport entre santé et citoyenneté ?

Adopter un nouveau cadre législatif pour l'usage de drogues crée débat, y compris au sein des institutions de santé publique. Certains professionnels se questionnent encore sur les enjeux de « morale sociétale » soulevés par une complaisance potentielle envers des comportements à risque ou, tout au moins, une abdication de la santé publique face à son mandat, protéger la santé de la population. Alors que certains craignent une récupération politique de leurs interventions, la Réduction des Risques (RDR) peut assumer, selon d'autres, une portée subversive fondée sur de nouvelles formes de responsabilités, tant chez le citoyen que pour l'État.

RDR : nouvelle approche subversive en santé publique

La santé publique fut souvent présentée comme une entreprise normative dans nos sociétés modernes, celle de saines habitudes de vie. Or la philosophie sous-jacente aux interventions de RDR semble, de prime abord, contrarier la mission fondamentale du risque zéro dans les comportements relatifs à la santé. Elle en appelle à une plus grande tolérance face à des usages jugés socialement déviant, inacceptables, nuisibles. Ses approches ont pour caractéristiques :

- d'écarter tout interventionnisme invasif et tout jugement moral ;
- de viser non l'élimination des pratiques à risques, mais la réduction de leurs conséquences négatives ;
- d'être sensibles aux conditions de vie des populations vulnérables.

Justifications éthiques de la RDR

Le débat sur la justification éthique de la RDR est en fait articulé autour de deux positions contrastées. Pour certains, le meilleur argument est sa neutralité morale. Ainsi, « en opposition [à] un "moralisme arbitraire", la philosophie de la réduction des méfaits est généralement considérée comme faisant la promotion de la rationalité, du pragmatisme et de l'utilitarisme² ». La Commission mondiale pour la politique des drogues a d'ailleurs insisté dans son dernier rapport : la guerre à la drogue, axée sur la criminalisation et la répression, doit être remplacée par des approches de RDR estimées plus « performantes » (diminution de la transmission du VIH, de la prévalence des surdoses, de la délinquance et du nombre de consommateurs problématiques)³. La RDR paraît avantageuse pour le budget de l'État. Elle serait donc fondamentalement éthique par une simple logique coûts-bénéfices, épidémiologique, voire technocratique : les retombées pour les populations cibles seraient quantitativement et qualitativement nettement plus importantes que les coûts engendrés pour eux-mêmes et pour la société en général.

« Une éthique de RDR doit dépasser le souci des payeurs de taxe ou la volonté de diminuer les statistiques de morbidité. »

1. Le titre original de cette présentation était *De la fonction normative de la santé publique au pouvoir subversif de l'éducation à la santé*. Le propos a été résumé par Caroline Saal, avec l'aimable accord de l'auteur.

2. KEANE H., « Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights », in *International journal of Drug policy*, 14, 2003, p. 228.

3. COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES, *La guerre aux drogues*. Version française du rapport. En ligne sur : http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf. Juin 2011

Défendre la pertinence et le bien-fondé de la RDR à partir de seuls critères utilitaristes, de la minimisation des conséquences négatives, tout en mettant de côté la réflexion sur les valeurs et les enjeux éthiques impliqués, est pourtant une stratégie dangereuse. Elle tend à masquer, voire à délégitimer, ses fondements moraux (dont le respect des droits humains). Pire encore, selon John Kleinig (2006), elle relève d'un « rationalisme économique cynique », éclipsant les conditions de vie difficiles des populations cibles⁴. Seul le jugement moral fondé sur des valeurs permet de questionner profondément la position prohibitionniste. Preuve en est : les opposants aux programmes de distribution de seringues ou aux sites d'injection supervisés invoquent d'abord des considérations morales avant de contester leur efficacité clinique et préventive. Les considérations économiques ne doivent pas masquer la dimension des souffrances ni dissimuler les bénéfices psychologiques ; l'utilitarisme cacher l'humanitaire ; l'efficacité occulter la compassion. Une éthique de RDR doit dépasser le souci des payeurs de taxe ou la volonté de diminuer les statistiques de morbidité.

Le second axe de défense de la RDR considère fondamental de proposer un cadre moral explicite. À l'intolérance du discours prohibitionniste, il oppose des valeurs ancrées dans les grands courants éthiques (bienfaisance, tolérance, empathie, solidarité, liberté). Celles-ci défendent la RDR bien mieux que l'invocation d'une illusoire suspension de tout jugement moral – d'ailleurs inexistante en dehors des cercles qui la promeuvent – ou par des considérations d'utilité pratique. La RDR se justifie par une éthique profondément ancrée dans la solidarité et la justice et devrait l'assumer pleinement⁵.

Promouvoir une forme élargie de justice sociale

La justice sociale est l'une des valeurs phares de cette vision de la RDR. Au-delà de la simple « justice redistributive », celle qui assure un revenu minimal ou l'accès aux soins, la notion est élargie à la pleine réalisation des compétences psychosociales des bénéficiaires (réflexion critique, identification de ses besoins, maîtrise du stress, prise de décision, recherche d'information, communication...). Le champ de la santé est fondamentalement relié avec l'accès à l'éducation et aux possibilités d'emploi car

« les inégalités (...) peuvent combiner leurs influences pour créer des effets adverses plus importants que la somme des effets adverses individuels⁶ ». En outre, la justice interpelle fondamentalement les rapports sociaux interpersonnels qui peuvent prendre la forme de rapports de subordination, de stigmatisation sociale, de manque de respect, d'intolérance par rapport à certaines pratiques sociales. Ceux-ci limitent les capacités d'attachement, la compassion et la solidarité sociale.

« [Les valeurs] défendent la RDR bien mieux que l'invocation d'une illusoire suspension de tout jugement moral »

Powers et Faden proposent ainsi une éthique conciliant respect de la justice sociale et respect des finalités humaines fondamentales. Ces finalités se rapportent aux six dimensions suivantes du bien-être global :

« le respect des autres, la sécurité personnelle, la santé, le développement des capacités de raisonnement et les capacités d'attachement aux autres et les compétences pour déterminer pour soi-même certaines dimensions de notre propre destinée [...] Obtenir le respect des autres en tant qu'égaux sociaux, avoir des rapports personnels d'affection et avoir les compétences pour conduire une vie autodéterminée sont des éléments essentiels [...] qui ne peuvent être garantis simplement par une juste distribution des ressources⁷ ».

Une éthique de la RDR doit intégrer les responsabilités individuelles et collectives en lien avec la promotion des compétences et de l'action moralement responsable de l'individu vulnérable (agentivité morale). Les *capabilities* sont alors associées à la capacité d'action et à la liberté effective, réelle (et non seulement formelle) d'accomplir une vie bonne telle que la conçoit l'individu, soit-il consommateur de drogues.

L'ajout de la promotion des compétences aux fondements éthiques de la RDR demande toutefois un minimum de recul critique. Il faut éviter de limiter ces compétences aux seules habiletés des individus et rechercher le développement d'un environnement social favorable au développement du capital social, culturel et économique. Deuxièmement, l'approche

4. KLEINIG J., «Thinking ethically about needle and syringe programs», in *Substance Use and Misuse*, vol. 41(6-7), 2006, p. 815-825. Du même auteur, voir aussi : «The ethics or harm reduction», *Substance Use and Misuse*, 43 (1-1), 2008; KLEINIG J., « Ethical Issues in substance use intervention », in *Substance use and misuse*, vol. 39(3), 2004, p. 369-398.

5. MASSÉ R. ET MONDOU I., *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique*, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2013.

6. POWERS M. et FADEN R., *Social justice. The moral foundations of public health and health policy*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. 5.

7. Idem, p. 191.

n'est pas exempte d'un biais de rationalité : elle suppose un individu en mesure de faire un choix éclairé parmi l'éventail des possibilités⁸. Or il faut interroger ces préférences. Loin d'être purement individuelles, les conceptions de la « vie bonne » sont des constructions sociales et politiques souvent imposées ou endossées par les processus de socialisation et d'enculturation. En RDR, s'il est fondamental de respecter les conceptions des individus concernés, la santé publique ne doit pas être dupe des pressions du milieu social. En fait, les approches de RDR doivent miser sur une éthique de la responsabilité.

Les retombées positives de la prévention

Sans la réduire à cette seule dimension, la santé publique peut se voir comme une entreprise d'acculturation des masses aux valeurs promues par la médecine préventive. Les professionnels qui y œuvrent ont alors pu être vus, métaphoriquement, comme des missionnaires mandatés pour la promotion du salut sanitaire.

Or, la santé publique, et tout particulièrement la RDR, ne constitueraient-elles pas un nouveau lieu de réappropriation de la liberté et de la responsabilité citoyenne, voire un nouveau lieu d'affranchissement de l'individu face aux déterminismes sociaux, religieux ou physiques qui ont traditionnellement modelé son rapport à la santé ? Ne peut-on y voir un nouveau lieu d'offres et de partage de valeurs fondamentales⁹ ? Soulignons le caractère subversif, mais tout autant constructif, des interventions préventives, RDR y compris.

- En tant que définisseur de comportements à proscrire et de saines habitudes de vie, la santé publique n'offre-t-elle pas de nouvelles voies de participation sociale ? L'une d'entre elles est l'engagement militant de personnes vulnérables dans des groupes communautaires (ex : associations de défense de droits des séropositifs, personnes âgées, citoyens exposés aux environnements pollués).
- L'entreprise normative de prévention et de promotion de la santé peut-elle être un nouveau champ d'expression de la maîtrise sur soi et sur son destin sanitaire, soit un outil de contrôle sur la maladie et la mort prématurée ? Le sanitarisme serait-il alors une opportunité d'émancipation, d'autonomie de pensée et d'action de la personne dans ses pra-

tiques reliées à la santé ? Plus encore, cet individualisme engagé ne serait-il pas un nouveau lieu d'exercice de la liberté ?

- La santé publique contribuerait-elle au développement d'une « responsabilité individuelle engagée » face à un individualisme axé sur le chacun-pour-soi ? L'individualisation de la morale ne signifie pas automatiquement la dilution de la responsabilité. L'individu responsable, terrain fertile et réceptif pour les prescriptions et proscriptions de la santé publique, peut-il développer une éthique sociale ? Une autre question émerge alors : n'assistons-nous pas à une redéfinition de la responsabilité citoyenne et à l'émergence de nouvelles conditions de son expression, comme dans les interventions invitant à la protection de l'environnement, à la prévention de la transmission des infections sexuelles... ?
- L'entreprise normative de santé publique ne serait-elle pas un lieu de reconstruction du sens de la vie dans des sociétés qui vivraient une crise des va-

« Il faut éviter de limiter ces compétences aux seules habiletés des individus et rechercher le développement d'un environnement social favorable »

leurs ? Alors que les discours déplorant la « perte des repères » sont largement battus en brèche, la santé publique peut être vue comme un lieu de promotion de valeurs dans les sociétés pluralistes modernes, comme la prudence, une autonomie pratique, la solidarité citoyenne, l'engagement communautaire, le respect de la vie en santé, la protection de l'environnement, sans oublier la justice sociale¹⁰.

- Dans sa lutte aux comportements à risque et à la promotion de saines habitudes, la santé publique mise sur une « moralité séculière » et se soustrait en bonne partie aux approches moralisantes, religieuses ou politiques. Ainsi, dans les programmes d'éducation à la sexualité responsable, le mal ne réside plus dans les relations sexuelles hors mariage ou homosexuelles, mais dans l'ignorance face à la transmission de maladies évitables.

8. SEN AMARTYA, *Development as freedom*, New York, Random House, 1999.

9. MASSÉ R., « Le risque en santé publique. Pistes pour un élargissement de la théorie sociale », in *Sociologie et Sociétés*, Vol. 39(1), 2007, p. 13-27.

10. BUCHANAN D. R., *An ethic of health promotion : rethinking the source of human well-being*. Oxford : Oxford University Press, 2000.

Quelle place pour les usagers dans une RDR institutionnalisée ?

> Aude Lalande, ethnologue, Paris¹

La charte de la Réduction des Risques portée en Belgique francophone mentionne clairement le rôle prioritaire donné à l'usager de drogues dans la RDR, comme acteur social à part entière et comme détenteur de savoirs². Comment conjuguer des usagers visibles et militants à la pénalisation de la consommation de drogues, sans mettre en danger les premiers ? Aude Lalande rappelle leurs apports fondamentaux et donne quelques pistes.

1. L'usage de la littérature disponible et des publications du secteur (Asud Journal, Swaps) a été complété par celui de notes de terrain (observation de débats consacrés à ces questions) et d'échanges avec des acteurs de terrain. NDLR : les propos ont été résumés par Bruno Valkeneers, avec l'aimable accord de l'autrice.

2. <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>

3. Sans entrer dans le difficile débat sur ce qui fait communauté ou pas et suscite l'organisation collective, la définition de l'« action communautaire » qui sera adoptée sera celle qu'en donne la Charte d'Ottawa, reprise par de nombreux acteurs de la Réduction des Risques, et il sera considéré qu'en relève toute démarche « qui engage l'implication de la cible des actions dans la création et la définition de ces actions » (BENSO V., *ICI. Identifiant, Comprendre et Intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les drogues*, rapport de recherche, AFR, 2015). Par ailleurs, les « associations communautaires » seront entendues comme les associations dont le conseil d'administration est « composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert », comme l'entend l'article 334 de la Loi sur la santé et les services sociaux québécoise, définition utilisée elle aussi dans certains milieux de l'autosupport et du travail social français.

4. Le filtre toupie est un filtre pour seringues. Il permet d'éliminer presque toutes les impuretés et des micro-organismes du produit avant son injection.

5. Sur le travail identitaire et la capacité à élaborer et dépasser le stigmatisme, voir POL-LACK : *plus les personnes sont à même d'assumer leur identité, plus elles sont à même de se protéger et de diffuser des messages de protection.*

En 1986, la Charte d'Ottawa inscrivait au titre des « Actions pour promouvoir la santé » un « renforcement de l'action communautaire » et soulignait l'importance de la participation des groupes concernés par des actions de santé à leur mise en œuvre³, du début à la fin du processus : définition des priorités, choix des stratégies adoptées, élaboration concrète des réponses, mise en œuvre sur le terrain.

Vingt ans plus tard, l'évidence de cette alliance n'est plus acquise, et la place des usagers dans le dispositif paraît en souffrance. Pourtant, la place des usagers est et reste déterminante dans la Réduction des Risques.

Pourquoi cette place reste-t-elle déterminante ?

Les consommateurs et ex-consommateurs sont d'abord pour le dispositif une force d'innovation et de proposition. Mais ils y jouent aussi d'autres rôles essentiels, qui découlent de leur connaissance des mondes de la consommation et des conditions concrètes de l'usage, comme de leur capacité à accéder aux réseaux de consommateurs : un rôle d'expertise critique, qui va de la contribution à la mise au point de nouveaux outils de Réduction des Risques (pipe à crack, filtre toupie⁴, etc.) à la co-élaboration des programmes ou de leurs orientations ; un rôle de diffusion des informations, des nouveaux matériels ou des normes d'usages à moindre risque dans les milieux de consommateurs,

exercé tantôt sur le terrain, tantôt au travers des outils d'information dont disposent leurs associations : flyers, journaux, sites internet ; ainsi qu'un rôle d'accompagnement et de renforcement des capacités d'action (*empowerment*) de leurs pairs, exercé tant au plan individuel, sous la forme de conseils sur les consommations (*counseling*), d'aide à l'orientation dans le monde socio-sanitaire, ou de partage d'expériences de la domination et du « savoir-y-faire » avec les institutions (du soin, de l'accompagnement social, judiciaires ou policières) (Demailly, 2014) ; qu'au plan collectif, les associations d'autosupport fournissant le point d'appui d'une culture commune et d'un travail identitaire renforçant les capacités des individus⁵ autant que des revendications collectives.

La place des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ?

Si la « place originelle » des usagers reste bien « déterminante » dans le dispositif de la Réduction des Risques, elle n'y est plus soutenue aujourd'hui que partiellement, et si l'on peut dire, « du bout des doigts ». Est-ce une fatalité, et y a-t-il à cela des raisons structurelles ?

« Est-il possible d'institutionnaliser un rôle en grande partie critique et/ou perçu comme subversif ? », pourrait être une première question à se poser. La réticence procède bien souvent de l'image négative

dont souffrent les consommateurs de drogues, et la question doit être posée en premier lieu sur le plan légal. En effet, il semble que la tentation reste grande de limiter sans cesse le périmètre de leur rôle, en leur rappelant les interdictions qui leur sont faites. Outre les distorsions qu'inflige ce cadre d'interdiction légale au suivi thérapeutique et/ou social, l'histoire de la Réduction des Risques est émaillée de mesures de désaveu des associations d'auto-support – procès, retrait de subventions publiques, campagnes de dénigrement – qui ne cessent de les fragiliser, au détriment de l'ensemble du secteur.

Mais la question excède celle des interdits légaux. Capacité à innover et fonction critique ne tendent-elles pas à s'épuiser dans leur institutionnalisation, comme le veulent les jeux de pouvoirs internes aux institutions et comme le laissent penser les difficultés rencontrées par les usagers salariés quand ils cherchent à faire valoir logiques et point de vue de l'utilisateur, dans des univers fortement médicalisés? Aussi convaincante qu'elle soit, la question est pourtant peut-être mal posée, et on gagnerait sans doute à penser l'institutionnalisation de la place des usagers dans le dispositif en élargissant l'usage du terme à celui d'un soutien institutionnel à l'ensemble des lieux de leur représentation et de leurs initiatives. Un chantier de réflexion collectif serait plus qu'utile sur ces questions débattues de plus en plus souvent sur le terrain. Parmi les pistes qui peuvent être proposées, un soutien devrait être apporté aux usagers professionnalisés, qui leur permette d'exercer leur difficile rôle de « pair » au sein des structures; l'ensemble du secteur gagnerait à voir renforcer l'aide aux associations communautaires et/ou d'auto-support, aujourd'hui fragilisées par le manque de moyens; et jeter des ponts entre les deux pourrait contribuer à consolider les deux parties.

Conclusion

Les consommations se développent et se sont toujours développées en lien avec les évolutions sociales et culturelles, mutant et se diversifiant sans cesse. Le champ de la RDR ne peut rester en phase avec les pratiques émergentes qu'en plaçant au centre du dispositif les consommateurs eux-mêmes. Mais les progrès de l'addictologie d'une part, l'institutionnalisation du dispositif d'autre part, en contribuant à la médicalisation croissante du champ, ont progressivement marginalisé leur voix. Quelques salariés usagers ou ex-usagers ont certes été intégrés dans les structures médico-sociales, mais en position marginale et souvent peu audibles. Des collectifs de consommateurs continuent de se mobiliser spontanément pour faire face aux problèmes qu'ils voient surgir, mais au prix d'énergies bénévoles, et d'un faible soutien. Comment faire en sorte qu'ils retrouvent dans le champ un espace qui les mette en position d'initiative et d'impulsion, et permette en retour au dispositif de renforcer ses liens avec les pratiques émergentes? Le soutien à leurs associations doit a minima être renforcé, et la place des salariés consommateurs ou ex-consommateurs réaffirmée et soutenue.

Certes, les « usagers », en tant qu'usagers des services et en tant que consommateurs de drogues, ne peuvent que venir questionner et bousculer les systèmes de pensée dominants. Mais leur présence dans le dispositif offre la garantie que le paradigme de la « Réduction des Risques », défendu par ses acteurs comme une pragmatique d'action capable de se redéfinir sans cesse et de prendre en compte les parcours les plus divers et les plus « a-normaux », ne reste pas un vain mot et se maintienne actif et vivant.

« La question excède celle des interdits légaux »

Pour aller plus loin

BELLOT Céline, RIVARD Jacinthe & GREISSLER Elisabeth, « L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue », *Criminologie* (Presses de l'université de Montréal), volume 43, numéro 1, printemps-été 2010, 171-198.

DECORTE Tom, « Les effets adverses des politiques officielles en matière de drogue sur les mécanismes d'autorégulation des consommateurs de drogues illicites », *Drogues, santé et société* 2010;9;1 : 295-333.

DEMAILLY Lise, « Les médiateurs pairs en santé mentale », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 5 | 2014, mis en ligne le 11 novembre 2014, consulté le 17 février 2016. <http://nrt.revues.org/1952>

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « L'auto-support des usagers de drogues : concepts et applications », *Rhizome*, n°40, novembre 2010.

LALANDE Aude, « Savoirs " profanes " et savoirs " savants " : jeux de miroir dans le cabinet médical », *Nouvelle revue de psychosociologie*, Erès, 2016, n°21.

B.A-BA pour un discours médiatique autour des usages de drogues

> Baptiste Erkes, conseiller en communication, Etopia

Afin de se défaire de son image de paradis des psychotropes, Dour a renforcé la présence policière aux abords de son festival. Effet boomerang : les journalistes rapportent chaque année un nombre croissant de saisies, alimentant la réputation du festival. Un autre classique du traitement médiatique des questions de drogues : un titre choc, une photo d'une seringue dans un squat, et votre message de Réduction des Risques passe pour un délire déconnecté de la souffrance des usagers. Faut-il désespérer pour autant ? Baptiste Erkes invite le secteur des assuétudes à s'approprier les règles de la comm' pour des débats publics plus sereins.

Résumer la construction d'une communication adaptée aux médias en 8000 signes reviendrait à devoir résumer les 5 saisons de la série *The Wire* en une page. L'auteur va malgré tout s'y essayer, avec toutes les imprécisions et poncifs que cela comportera. Il existe cependant une liste infinie d'ouvrages et d'articles qui pourront alimenter votre réflexion plus en détails.

Dans une société hyper médiatisée, où l'information est devenue un flux permanent, la communication a paradoxalement régulièrement mauvaise presse. Trop souvent, elle est associée à la manipulation, au mensonge ou, du moins, à la mise en forme au détriment du fond. Pourtant, il y a un consensus pour soutenir qu'une bonne communication est primordiale à toute activité. Un des axiomes de la communication est qu'« il est impossible de ne pas communiquer ». Autrement dit, ne pas communiquer est une communication en tant que telle, qui revient aujourd'hui à exprimer qu'on ne sait pas communiquer, au discrédit de l'image de l'activité que l'on exerce ou des idées que l'on défend. Dans ce sens, il importe de penser sa communication.

La communication socio-éducative ne répond pas aux mêmes attentes ni aux mêmes mécanismes que la communication commerciale, qui cherche à susciter le désir et provoquer des comportements compulsifs de consommation. Changer des comportements sur le long terme, ou modifier des repré-

sentations sociales, demandent des approches plus nuancées et plus complexes. Les « campagnes chocs » à visée éducative, malgré leurs bonnes intentions évidentes, ont souvent pour habitude de provoquer des effets collatéraux ou secondaires inappropriés : une photo d'un poumon goudronné sur un paquet de cigarettes peut rendre le fumeur dépendant plus anxieux, suscitant donc paradoxalement... l'envie de fumer. Une campagne pour la sécurité routière voulant rappeler à l'automobiliste la prudence avec les cyclistes par l'image d'un vélo d'enfant sous une voiture risque surtout de ne plus laisser les parents permettre à leur enfant de sortir à vélo.

Dans le domaine de la Réduction des Risques, et plus largement dans le secteur des assuétudes, la communication est primordiale et peut souffrir d'une absence de stratégie. Les idées reçues et les représentations sociales sur ces questions sont très solidement ancrées et excessivement peu nuancées. Avec le danger de renfort que cela suscite si la

communication n'est pas travaillée activement. Rappelons-nous les campagnes de communications françaises sur le sujet, dans les années 80 et 90. Alors menées par des publicitaires qui voulaient bien faire, certaines campagnes de lutte contre la toxicomanie avaient pour but d'appuyer sur le danger de la drogue. Dans une approche classique de publicité commerciale, à savoir la volonté de choquer par l'image, c'est alors la peur, l'effroi, et les ravages de la drogue qui étaient privilégiés, pour provoquer le dégoût a priori et prévenir des dangers. Tant et si bien que la figure-même du toxicomane y fut associée. Malheureusement, les images de consommateurs effrayants, cadavériques, ont entraîné leur rejet et leur stigmatisation sociale... c'est-à-dire probablement la dernière chose dont ils avaient besoin. Effets pervers d'une communication pleine de bonne volonté mais qui ne connaît pas les réalités complexes du terrain.

Ne laissez pas les autres parler à votre place

La communication doit s'inscrire dans une stratégie. Et qui dit stratégie dit objectifs précis. De nombreux articles et ouvrages existent pour aider à cela. Retenons simplement le schéma le plus élémentaire de toute communication : l'émetteur, le message, le canal, le récepteur/le public cible et feedback. Chacun de ces éléments doit être pensé pour servir au mieux l'objectif établi. Dans le domaine des assuétudes, les luttes sont multiples : aide aux toxicomanes, lobbying politique, Réduction des Risques, lutte contre la prohibition, question de la précarité et de l'exclusion sociale, travail sur l'opinion publique... Autant de chantiers, d'approches et de missions qui relèvent de publics, de stratégies et de messages différents. Il ne revient pas à l'auteur de définir les priorités, mais il peut être sensé de réfléchir aux luttes communes du secteur, et d'établir des champs d'actions précis, collectifs dans des *momentum* bien définis. Quelques pistes cependant. Les messages doivent être épurés au maximum : trop d'information nuit à l'information. On sait que Riri, Fifi et Loulou sont les neveux de Donald, mais il est toujours difficile de se souvenir du nom des 7 nains. Enfin, un maximum de décentration est nécessaire. Sauf exception, la plupart de vos publics-cibles n'ont pas un dixième de votre bagage et de vos connaissances du secteur. Il s'agira donc de leur

parler avec une pédagogie toute particulière. Avoir raison ne suffit pas, il s'agit d'être compris.

Un contexte médiatique complexe pour un sujet délicat

Il est aussi important de rappeler le contexte général dans lequel s'exerce la communication aujourd'hui. En effet, les médias dits « traditionnels » traversent actuellement une crise multifactorielle, parmi lesquels la complexité de s'adapter à un paysage médiatique soumis à la révolution des nouvelles technologies. Jusqu'alors, les audiences télévisées sonnaient l'alpha et l'oméga de la communication de masse. Rien de tel qu'un passage au journal télévisé pour faire passer un message très largement. Désormais, la démultiplication des canaux et le morcellement des audiences modifient la diffusion massive. Parallèlement, le métier de journaliste, alors qu'il n'a jamais été aussi nécessaire, est de plus en plus précaire. Ainsi, les acteurs principaux de la construction médiatique sont soumis à des pressions de tous bords (manque de financement, rapidité de la diffusion de l'information, diminution de la diffusion papier, dictature du clic...).

« Votre expertise fait de vous des producteurs de contenus »

Or la question de la drogue est un « marronnier » médiatique. En tant que « problème de société », d'une manière ou d'une autre, le sujet revient de façon régulière. Tous les six mois environ, à la sortie d'une nouvelle étude, à la suite d'un fait divers ou lors d'une nouvelle campagne, les médias s'emparent de la question et la traitent généralement selon un même canevas : quelques minutes pour dresser le constat d'un échec de la prohibition, puis montrer le clivage dans les positions des spécialistes et la limite de l'engagement politique. Force est de constater que le débat n'a pas beaucoup avancé en 20 ans, malgré un indiscutable échec de la politique prohibitionniste, et une présence sans cesse confirmée de la drogue dans notre société. Le sujet fait trop peur et paralyse les opinions, à tout le moins publiquement. Dès lors, comment débloquer le débat ?

Construire sa com'

Les associations qui œuvrent dans le domaine des assuétudes sont des expertes : elles ont un regard de spécialistes, connaissent les tenants et aboutissants, les forces et faiblesses des combats à mener. Or les médias, dans leur course effrénée, sont demandeurs de contenus. Une carte blanche, la publication de chiffres ou de rapports peuvent construire et assurer une présence médiatique. Votre expertise fait de vous des producteurs de contenus. Identifiez les acteurs médiatiques qui couvrent les sujets de société qui vous concernent. Créer des canaux d'échange avec eux, c'est créer des relations « win-win » : les médias sont demandeurs d'informations, vous en êtes des producteurs. Une cartographie des acteurs médiatiques, des émissions, des médias qui traitent habituellement de vos sujets sera un premier travail de défrichage. Il s'agira après de vous faire identifier comme acteurs institutionnels et médiatiques. Dans un troisième temps, viendra alors la création des messages et des contenus. En tant qu'experts, vous devez prendre la place médiatique qui vous revient. C'est crucial : si vous ne le faites pas, d'autres prendront votre place et votre parole sur le sujet.

Pour être compris, il est recommandé d'avoir un seul message par communication, sans quoi les différents messages risquent d'interférer et de se déformer. Dès lors, une stratégie se met en place en priorisant les chevaux de bataille. On ne peut pas être simultanément sur tous les fronts pour gagner un combat. Par exemple, si la légalisation de toutes les drogues est votre objectif, on peut se demander s'il doit être l'objectif « premier » ou l'objectif « final ». Pour y parvenir, mobiliser ses forces sur la légalisation du cannabis dans un premier temps peut s'avérer constructif : de nombreux exemples internationaux contribueront à faire accepter socialement cet objectif. Une fois ce palier atteint, cette première victoire devient la chape de béton sur laquelle construire l'action pour les prochains objectifs. Il est souvent plus simple et plus efficace de viser des objectifs intermédiaires.

En fonction des objectifs et des publics, la construction d'un message adapté variera fortement. Retenez cependant que la plupart du temps, le *storytelling*, c'est-à-dire raconter une histoire, est ce qui capte le mieux l'attention. Plus qu'un ensemble

d'éléments factuels objectifs, raconter une histoire, c'est offrir à son public la possibilité de se décentrer et de comprendre la part humaine de votre combat. En comprenant le sens de votre objectif, votre cible vous comprend mieux.

« Un maximum de décentration est nécessaire »

Le web et les réseaux sociaux

Inévitable lieu de communication, le web et les réseaux sociaux vous permettront par ailleurs de développer votre communication sans passer par le prisme journalistique et les codes médiatiques traditionnels. Aujourd'hui, plus de 6 millions de Belges sont inscrits sur Facebook et s'informent par les réseaux sociaux. Il faut savoir que ceux-ci ne sont pas l'œuvre de généreux mécènes, mais bien avant tout des régies publicitaires, avec tous les risques et limites que cela comporte. Mais ils offrent aussi, la plupart du temps en échange de monnaie sonnante et trébuchante, une possibilité inégalée de ciblage de publics et la possibilité de communication virale dans des groupes bien définis.

Mettre en place une stratégie web ne peut pas se résumer en quelques lignes, mais retenez que la plupart des gens qui cherchent à s'informer aujourd'hui passent par Google. Celui-ci reste à ce jour le vaisseau-mère de votre stratégie digitale. Une fois un site web complet, précis et à jour, une stratégie sur les réseaux sociaux pourra s'ajouter, pour développer vos réseaux professionnels, et toucher vos publics cibles.

En Conclusion

Dans une société de flux comme la nôtre, il est fondamental de penser sa communication et sa stratégie : un objectif à la fois, en identifiant les acteurs clefs, les publics plus ou moins larges (de quelques décideurs politiques à l'ensemble de la population), sur des canaux de communication multiples et qui répondent chacun à leurs propres règles. Un impératif qui peut se penser à minima ou à maxima, mais ne pas communiquer, c'est offrir à d'autres la possibilité de communiquer à votre place, pour le meilleur ou pour le pire. Oser votre communication, c'est oser exister dans votre champ d'expertise.

Bruxelles se fédère autour de la promotion de la santé

> Une carte blanche de la Fédération bruxelloise de la promotion de la santé

Un secteur mobilisé depuis toujours

L'**engagement sociétal** est l'une des composantes essentielles de l'ADN de la promotion de la santé. Dès ses débuts, avec le décret fondateur de 1997, le secteur de la promotion de la santé s'est positionné comme un secteur engagé. Son action repose en cela sur les valeurs et les principes qui sont énoncés dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986).

À l'instar d'autres politiques publiques, la promotion de la santé a été traversée par d'importants changements ces dernières années. La sixième réforme de l'Etat n'y est pas étrangère; elle a entraîné dans son sillage la **régionalisation de la compétence « promotion de la santé »**. Rendue effective en juillet 2014, la régionalisation s'est traduite à Bruxelles par l'émergence d'un **nouveau cadre législatif** (décret de promotion de la santé, février 2016) et **programmatique** (plan de promotion de la santé, juin 2017), **portés par la Commission communautaire française (Cocof)**.

Ces étapes-clé d'une **politique bruxelloise, davantage territorialisée**, n'ont pas échappé aux acteurs du secteur de la promotion de la santé. Une **Plateforme bruxelloise de promotion de la santé** s'était ainsi créée à la fin de l'année 2013, en vue de suivre le processus de régionalisation et l'élaboration de la nouvelle politique portée par la Cocof. Les acteurs de promotion de la santé avaient alors identifié la pertinence et la valeur-ajoutée d'une **lecture et d'une réflexion menées en commun sur ces changements**.

Une étape incontournable: la Fédération

Forts de la dynamique collective et constructive née des échanges menés au sein de la Plateforme, les

différents acteurs du secteur se sont positionnés à la fin 2015 en faveur de la création d'une **Fédération bruxelloise de promotion de la santé**. Sa plus-value à Bruxelles résidait dans :

- La **représentation d'associations** actives dans le domaine de la promotion de la santé sur le territoire bruxellois ;
- La mise sur pied d'une **interface avec d'autres secteurs que la santé**, en vue de faire connaître et reconnaître la promotion de la santé de manière transversale ;
- L'existence d'un **interlocuteur privilégié pour les pouvoirs publics**, légitimé par le secteur et porteur d'un travail de consensus élaboré avec ses membres.

La Fédération bruxelloise de Promotion de la Santé (FBPSanté) a ainsi été **fondée le 21 novembre 2016**, 30 ans jour pour jour après la signature de la Charte d'Ottawa.

La carte d'identité de la FBPSanté

La FBPSanté regroupe aujourd'hui 40 institutions membres. Elle a pour but de « **valoriser la promotion de la santé au sein des politiques actuelles et futures en Région bruxelloise** ». À ce titre, elle se positionne comme le porte-voix de la promotion de la santé et du secteur à Bruxelles. Quant à ses objectifs, ils sont au nombre de trois :

- Faire connaître, reconnaître et défendre l'existence structurelle et financière des membres dans leurs missions de promotion de la santé ;
- Assurer la représentation de la promotion de la santé dans les organes de concertation et de décision qu'ils soient institutionnalisés ou non ;
- Soutenir un plaidoyer et valoriser l'action de ses membres en matière de promotion de la santé.

Outre les rencontres régulières de ses membres, la FBPSanté met en place des **groupes de travail** pour réaliser ses missions, soutenir une politique bruxelloise de promotion de la santé et s'en faire l'écho, afin de contribuer à inscrire la santé dans toutes les politiques. À ce titre, un **Bureau politique** agit comme soutien et interface entre l'administration, le Cabinet et le secteur de la Promotion de la Santé.

Enfin, la FBPSanté ne travaille pas seule à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle entretient ainsi des liens forts avec la Fédération wallonne de promotion de la santé qui représente les acteurs wallons de promotion de la santé et assure le travail de plaidoyer pour la Wallonie.

La spécificité bruxelloise...

Rappelons que **Bruxelles se caractérise par une dualisation socio-économique** qui recoupe largement une dualisation géographique selon les communes, voire les quartiers. Les plus pauvres voient leur situation se détériorer encore plus. Ces disparités entre groupes sociaux et entre territoires

se traduisent en **inégalités en matière de santé** (mortalité, morbidité, prévalence, styles de vie).

A ce propos, la FBPSanté offre la possibilité de s'appuyer sur un secteur organisé, qui met en place des stratégies concertées et définit des stratégies ayant un impact sur la santé pour Bruxelles. La FBPSanté souhaite en ce sens participer à **relever 5 défis de taille à Bruxelles :**

- Collaborer à inclure la santé dans toutes les politiques.
- Contribuer à ce que la santé, comme droit fondamental, mobilise tant les citoyens que les élus.
- Œuvrer pour une politique de santé allant au-delà du soin et s'appuyant sur le secteur associatif est incontournable pour faire de Bruxelles, Capitale de l'Europe, une Région en santé.
- Favoriser un accès à la santé équitable.
- Faciliter une vision cohérente de la promotion de la santé en veillant à une articulation notamment avec la Fédération wallonne de promotion de la santé.

Contacts pour la Fédération bruxelloise de promotion de la santé:
151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles - fbpsante.brussels@gmail.com

Un trimestriel pour interroger sous des regards différents les thèmes liés aux usages de drogues, la promotion de la santé et les politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Retrouvez tous les numéros sur le site :
www.prospective-jeunesse.be

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

Milieus de vie

- Famille et parentalité (n^{os} 22, 24, 42, 43, 44, 49)
- L'école (n^{os} 3, 4, 6, 25, 29, 55, 57, 64, 67, 77-78)
- La fête (n^o 35)
- Le monde du travail (n^o 26)
- La prison (n^{os} 13, 16, 40, 65)
- Milieu du sport (n^o 53)

Produits et leurs effets

- Plaisir (n^{os} 7, 8, 9, 10)
- Dépendance (n^o 39)
- Drogues de synthèse (n^{os} 14-15)
- Cannabis (n^{os} 18, 20, 21, 72)
- Alcool (n^{os} 32, 66)
- Tabac (n^o 33)
- Alicaments (n^o 19)
- Ordinateur et internet (n^{os} 47, 69, 58, 77-78)
- Amour (n^o 48)

Pratiques professionnelles

- Promotion de la santé (n^{os} 31, 34, 56, 61, 71, 73, 77-78)
- Pratiques de prévention (n^{os} 31, 50, 51, 59, 60, 63, 70)
- Réduction des risques (n^{os} 27, 28, 54, 79)
- EVRAS (n^{os} 45, 76)
- Représentations (n^o 46)
- Secret professionnel (n^o 23)
- Travail en réseau (n^{os} 45, 66)
- Soins aux usagers (n^{os} 41, 52)
- Participation (n^{os} 67, 68)

Contextes d'usage

- La loi et la répression judiciaire (n^{os} 1, 2, 38, 65, 72, 79)
- Pauvreté, marginalité et exclusion (n^{os} 11, 12, 36, 37)
- Culture et consommation (n^{os} 5, 17, 30, 58, 62, 77-78)

ABONNEMENT ANNUEL gratuit ou de soutien

Prix au numéro : 4 euros *Frais d'envoi compris*

Numéro de compte bancaire : BE04 2100 5099 0831

Formulaire d'abonnement ou de commande au numéro

Institution

Nom Prénom

Téléphone Courriel

Adresse de livraison

Rue Numéro

Code postal Ville

Pays

Type d'abonnement (entourez votre choix)

L'abonnement est gratuit

Toutefois vous pouvez souscrire à un abonnement de soutien (24 euros)

- Je désire souscrire à un abonnement de soutien oui non

- Je souhaite une facture oui non

Commande au numéro Nombre désiré et numéros

Date Signature

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

79

Périodique trimestriel

Prospective Jeunesse, Drogues | Santé | Prévention
est un trimestriel lancé en décembre 1996.

Lieu interdisciplinaire de réflexion, de formation et d'échange d'expériences, d'idées, de points de vue, cette revue interroge sous des regards différents des thèmes liés aux usages de drogues, à la promotion de la santé et aux politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Chaque numéro aborde un thème particulier.

Celui-ci est consacré à la réduction des risques.

S'accomoder ou s'affranchir de la loi ?

Pour consulter les sommaires des numéros parus ou
contacter l'équipe de rédaction, visitez le site :

www.prospective-jeunesse.be

Avec
le soutien de la



Wallonie

Avec le soutien de la Région Wallonne
et agréé par la Commission communautaire française
de la région de Bruxelles-Capitale

