

LE 8 MARS

C'est désormais un rendez-vous régulier pour la Fédération des maisons médicales, comme pour les millions de femmes dans le monde qui se font entendre (un peu plus fort) ce jour-là. C'est l'occasion de rappeler à quel point le genre influence les rapports qui se jouent entre les professions de santé et le pouvoir d'action de chacune d'elles dans le système de soins.

La médecine, encore majoritairement masculine, a un pouvoir d'action plus important que les autres professions soignantes, en témoigne par exemple sa zone d'influence à l'INAMI. Cette profession se féminise, mais cela n'a pas toujours été le cas ; un petit détour dans les archives de la grève menée par les médecins en 1964 montre que le mouvement rassemblait essentiellement des hommes. Aujourd'hui, les choix de spécialisation sont encore largement façonnés par le genre. Tandis que la médecine générale se féminise, la chirurgie reste en majorité masculine. Et, pour le dire grossièrement, les spécialités masculines ont un meilleur revenu et plus de pouvoir d'agir (l'Absym, le syndicat des spécialistes a plus de mandats à l'INAMI que le GBO, le syndicat des généralistes).

Du côté de la profession infirmière, ce phénomène est encore plus marqué avec 85 % de femmes, un taux stable depuis de nombreuses années. Pourquoi ? Cette profession est encore symboliquement associée à des domaines dits féminins comme le soin à l'autre, la maternité, l'hygiène... qui ont moins droit de cité dans la sphère publique et politique, car associés à l'intimité de la vie privée.

Le ministre de la Santé, Franck Vandenbroucke, a été dans le bon sens en augmentant les quotas de médecins généralistes par rapport aux spécialistes, mais ses idées ne semblent pas aussi lumineuses pour la profession infirmière. La dernière modification de loi visant à créer une nouvelle fonction dans l'échelle de soins, l'assistante en soins infirmiers, ne fait que renforcer la division dans cette profession. Or, plus un corps professionnel est divisé, moins il peut s'organiser pour faire entendre sa voix en raison des logiques de concurrence.

Les mobilisations du 8 mars permettent de rappeler que l'angle du genre est pertinent pour notre travail d'évaluation des politiques publiques, et plus particulièrement celles qui concernent les métiers de la santé. Restons donc vigilantes !



Fanny Dubois,
secrétaire générale de la Fédération
des maisons médicales

**Plus un corps
professionnel est
divisé, moins il peut
s'organiser pour faire
entendre sa voix.**

DAVE SINARDET :

« NOS RÉFORMES DE L'ÉTAT, C'EST UN MOUVEMENT PERPÉTUEL »

À l'approche des élections législatives, régionales et européennes de juin prochain, le politologue anversois, spécialiste de l'analyse institutionnelle de notre État fédéral, évalue la faisabilité d'une nouvelle réforme et prône la nécessité de combler le déficit participatif des Belges.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugulée*, et **Marie Rygaert**, juriste à la Fédération des maisons médicales.

La santé est-elle une priorité politique à l'agenda des prochaines élections ?

D. S. : La thématique du bien-être et des soins touche le cœur de la vie des gens. Beaucoup ont des problèmes de santé physique ou mentale eux-mêmes ou dans leur entourage et, en comparaison, l'attention dans le débat politique n'est pas toujours très grande. Des partis disent qu'ils n'entreront pas dans un gouvernement si on ne scinde pas telle ou telle circonscription électorale ou si on ne diminue pas les impôts, mais je n'ai encore jamais entendu de parti le dire si on ne diminue pas les listes d'attentes pour les soins, ce qui est pourtant un gros problème, en tout cas du côté flamand. Les débats politiques se focalisent surtout sur ce qu'on appelle les thématiques plus dures, régaliennes comme la justice et la sécurité, et aussi davantage sur la protection sociale que sur le bien-être. Autrement dit, sur l'argent des gens. Ils promettent de payer 50 euros de moins d'impôts ou de relever les allocations de chômage et les pensions, ce qui est aussi très important bien entendu, mais si votre enfant doit attendre un an pour être soigné, ces dizaines d'euros ne seront pas votre souci principal.

L'effet Covid s'est estompé ?

Ce qui m'a frappé durant la pandémie, c'est que la plupart des mesures prises étaient, et de façon très surprenante, très nationales, très uniformes. Au tout début par exemple, en mars

2020, les partis francophones voulaient fermer les écoles – notamment parce qu'on venait de les fermer en France et qu'ils ont toujours tendance à regarder ce qui s'y passe – tandis qu'en Flandre la plupart des politiques disaient plutôt qu'il fallait les garder ouvertes. Normalement, quand il y a des différences communautaires, on scinde la compétence et chacun fait son truc de son côté. Or l'enseignement est probablement déjà la compétence la plus homogènement organisée au niveau sous-national et, malgré cela, le consensus a été assez grand pour ne pas édicter de règles différentes, même avec la N-VA qui dirige le gouvernement flamand et qui détient le portefeuille de l'Enseignement flamand. Et toutes les écoles du pays ont été fermées. L'une des raisons est aussi Bruxelles, qui aurait eu à la fois des écoles fermées et des écoles ouvertes sur son territoire, ce qui aurait été difficile à expliquer aux familles. Plus fondamentalement, je crois à une sorte de prise de conscience. Le fédéralisme, c'est bien beau en temps normal, mais quand les gens sont en train de mourir, quand ils craignent pour leur vie et leur santé, on sent bien qu'ils ne vont pas accepter de compromis complexes. Il fallait des décisions claires pour tout le pays et cela a entraîné une dynamique uniformatrice (à quelques exceptions près comme l'heure du couvre-feu) bien plus forte que dans d'autres pays fédéraux considérés pourtant comme plus unis que la Belgique. Notre pays est souvent vu comme le pays fédéral le plus instable... À l'époque on a vu un appel à la refédéralisation, notamment de la santé. Mais aussi plus généra-

« Notre pays est
souvent vu comme
le pays fédéral
le plus instable... »

lement à une unité de commande, tant parmi la population que parmi de nombreux experts, virologues et directeurs d'hôpitaux. Depuis, c'est le retour au *business as usual* et on commence à reparler de défédéralisation.

Quel serait l'objectif d'une nouvelle réforme de l'État? Octroyer plus de pouvoir ou travailler ensemble à ce que cela fonctionne mieux?

Beaucoup de raisons entrent en jeu. Mais il est clair que, pour des partis nationalistes, le but premier est de renforcer l'autonomie. À leurs yeux, ça va aussi mieux fonctionner. Même si on prouvait noir sur blanc que refédéraliser certaines compétences était plus efficace, la N-VA ou le Vlaams Belang diraient toujours non parce que c'est contraire au fondement de leur idéologie. Pour d'autres, il peut parfois y avoir des intérêts de parti. Prenons un autre dossier de la réforme de l'État : la circonscription fédérale. C'est quelque chose que je défends déjà depuis une vingtaine d'années... Aujourd'hui, on a un déficit démocratique en Belgique. Comme électeur, on ne peut voter que pour la moitié des partis qui nous gouvernent, tandis que les partis politiques peuvent gouverner un pays entier en ne rendant de comptes qu'à une moitié de l'électorat. À chaque réforme de l'État, un parti va se demander si c'est bien pour le pays ; c'est important, mais, et plus important encore, il va se demander si cela va lui rapporter des sièges ou lui en coûter. Les socialistes flamands – Vooruit ! – devraient logiquement et idéologiquement être en faveur d'une circonscription fédérale, et d'ailleurs beaucoup de leurs membres, de leur électorat et de leurs cadres le sont, mais le top a toujours refusé cette idée parce que le PS n'est pas très populaire en Flandre et que ce sera difficile pour eux si les écologistes et les libéraux du nord et du sud forment chacun des listes communes.

Comment imaginer associer davantage les citoyens à une éventuelle nouvelle réforme de l'État?

Il y a aussi un déficit démocratique dans le processus de réforme de l'État. Dans d'autres pays qui connaissent de grandes réformes constitutionnelles, on organise en général des référendums. C'est le cas par exemple au Royaume-

Uni concernant la création d'un parlement écossais décentralisé, ou concernant le traité de Maastricht, instaurant notamment la monnaie unique en 1992, et le traité de Lisbonne sur l'établissement d'une Constitution pour l'Europe en 2005. En Belgique, on a fait six réformes de l'État assez fondamentales et il n'y a jamais eu aucune implication des citoyens. La seule implication citoyenne, c'est le vote aux élections, mais rares sont celles qui portaient vraiment sur le communautaire ou sur le contenu de la réforme de l'État... Des études ont par ailleurs montré que beaucoup d'électeurs et d'électrices ne votaient pas pour des partis sur ce motif-là. Il faut organiser plus de participation, notamment sur ces questions qui sont parfois guidées par des intérêts politiques partisans.

Même chose pour le financement des partis?

En effet, ce n'est peut-être pas une bonne idée que ce soit les partis qui en décident. Mais il faut organiser cette concertation correctement. Je crois en la plus-value de la démocratie délibérative. On tire au sort des citoyens en veillant à une représentativité sur certains critères sociodémographiques importants tels que le genre, l'âge, en veillant aussi à ce qu'il y ait assez de gens issus de l'immigration, etc. Il faut bien informer ce groupe sur la question qui est sur la table, lui donner accès à des experts, accès aux différentes parties prenantes qui ont des visions divergentes et ensuite organiser une bonne délibération avec des modérateurs qui veillent à ce que tout le monde puisse s'exprimer de façon égale. Je préfère ça à des référendums, qui sont binaires – c'est oui ou c'est non – alors qu'une réforme de l'État est quelque chose de complexe. Pour les traités européens, beaucoup de gens n'ont pas voté sur le texte, mais parfois sur un élément ou, pire, pour ou contre le président ou le gouvernement en place. Le référendum sur le traité de Maastricht était un peu un référendum pour ou contre Mitterrand. Mais bon, travailler sur le fond de

« On ne peut voter que pour la moitié des partis qui nous gouvernent, tandis que les partis politiques peuvent gouverner un pays entier. »

façon qualitative, ça demande beaucoup d'engagement...

Une septième réforme de l'État, puis sans doute une huitième ?

Je pense qu'il y a un assez grand consensus pour dire que la distribution actuelle des compétences depuis la sixième réforme de l'État de 2011-2014 ne satisfait presque personne, que c'est trop éparpillé, trop fragmenté. Avec bien sûr des propositions de solutions très divergentes. Albert Einstein disait que la folie c'est de faire toujours la même chose et de s'attendre à un résultat différent. Nos réformes de l'État,

« Les soins de santé étaient beaucoup plus homogènes avant la sixième réforme de l'État. »

c'est un mouvement perpétuel : on constate que notre pays est trop complexe, pas efficace, que ça coûte trop et qu'il n'y a presque plus de personnes sachant exactement comment ça marche. Comme on ne

peut pas continuer comme cela, il faut donc une grande nouvelle réforme... On se concentre là-dessus pendant des années – enfin, les politiques, et souvent dans des châteaux – et on met tout le reste de côté. Cela produit des crises, des gouvernements ne se font pas, des gouvernements tombent... et après beaucoup de sueur, de sang et de larmes, on aboutit à une nouvelle réforme de l'État géniale et tout le monde est content. Ensuite... Ensuite, on s'aperçoit que c'est devenu encore plus complexe et encore moins efficace et encore plus coûteux, et qu'en plus encore moins de monde sait exactement qui est compétent pour quoi. Comme on ne peut pas continuer comme ça, il nous faut donc une nouvelle réforme de l'État... Moi, je suis sceptique. Tous les politiques réclament des compétences plus homogènes et pourtant les soins de santé, par exemple, étaient beaucoup plus homogènes avant la sixième réforme de l'État.

Quand tout se tient, qu'est-ce qu'une compétence homogène ?

Il y a un problème avec ce concept. Certains disent, par exemple, qu'il faut homogénéiser la politique de l'emploi et donc défédéraliser les allocations de chômage parce qu'elles en font partie. Les autres compétences en cette matière

étant déjà largement au niveau régional, on obtiendrait en les transférant une belle compétence homogène régionale sur l'emploi. Certes, mais alors on va éparpiller la compétence aujourd'hui encore homogène de la Sécurité sociale vu que les allocations de chômage relèvent d'elle aussi en partie... Il ne sera jamais possible d'arriver à une véritable homogénéité. Sans compter le débat idéologique. Dire que les allocations de chômage relèvent de la politique de l'emploi, pour des questions d'activation par exemple, c'est plutôt une politique de droite. Tandis que les rattacher à la sécu, pour une question d'acquis sociaux par exemple, c'est plutôt une politique de gauche. Non seulement on ne peut pas vraiment homogénéiser, mais dans quelle direction homogénéiser ?

Réformer coûte aussi de l'argent...

Dans le passé, on arrivait à des compromis où, pour faire simple, on donnait des compétences aux partis flamands et de l'argent aux partis francophones. C'est un peu le troc qui a été fait dans la cinquième réforme en 2001. Le petit problème avec cette piste, c'est que le fédéral n'a plus d'argent à distribuer, bien au contraire. Il y a un problème budgétaire énorme qui conduit certains partis comme celui du Premier ministre, l'Open Vld, à dire qu'il faut diminuer la norme de croissance des soins de santé, entre autres pour investir plus dans la défense. Je ne vois donc pas très bien comment huiler financièrement un nouvel accord de réforme de l'État dans ces circonstances. À moins que le niveau flamand paye le sud du pays directement...

Changer les clés de répartition des dotations des communautés serait envisageable ?

Oui, mais il faudrait trouver une majorité dans chaque groupe linguistique. Et ici aussi je pense que les partis francophones sont demandeurs de plus d'argent, notamment pour Bruxelles, pour la Wallonie et la Communauté française, mais d'où doit venir cet argent ? La seule solution, c'est que plus d'argent flamand aille vers le sud, ce qui est contraire au discours des partis nationalistes qui critiquent précisément les transferts. Mais ils savent aussi que s'ils veulent vraiment obtenir plus d'autonomie, ce sera en ouvrant le portefeuille. ■

RÉSONANCE

Nous nous sommes penchés récemment¹ sur un essai de Hartmut Rosa, philosophe et sociologue, consacré à l'expérience fondamentale de la modernité, une gigantesque accélération du monde et de la vie, qui débouche sur une difficulté de relation de l'être humain au temps, qui elle-même entraîne une difficulté de relation avec soi-même, avec les autres et avec le monde². Dans un essai ultérieur³, cet auteur partage ses explorations de pistes pour ces temps de crise (ou crise du temps). L'issue de secours ne sera pas la décélération, mais la résonance.

André Crismer, médecin généraliste à la maison médicale Bautista van Schowen (Seraing).

La résonance, c'est une relation harmonieuse au monde pour répondre à la crise actuelle qui est multiforme : écologique (relation au monde), démocratique (relation aux autres) et psychologique (relation à soi). La question fondamentale « Qu'est-ce qu'une vie bonne ? » pourrait être reformulée : « quelles relations au monde sont réussies ? » C'est une relation au monde associant affection et émotion où le sujet et le monde se touchent et se transforment mutuellement. La résonance, c'est un processus actif, bidirectionnel : je suis touché, ému (af←fection) et je touche (é→motion). L'être et le devoir-être tendent à s'accorder. Il y a réunion entre l'esprit et le corps, l'individuel et le collectif, l'esprit et la nature. Il y a empathie et efficacité personnelle. La résonance est plus une relation qu'un simple état émotionnel. La tristesse peut être source de résonance, alors que dans la dépression profonde, il n'y a pas de résonance, pas de larmes, pas de réciprocité : le monde y apparaît froid, figé, hostile, non responsif.

La résonance est à la fois descriptive et normative, si on la considère comme critère de vie réussie. Hartmut Rosa distingue deux types d'évaluations : l'évaluation forte, qui se fait selon nos valeurs, et l'évaluation faible, qui se fait selon nos désirs. Il y a résonance si les deux types d'évaluations correspondent : il y a alors harmonisation entre le ça et le surmoi. L'amusement résulte de la satisfaction de l'évaluation faible, la joie résulte de la satisfaction de l'évaluation forte.

Résonance vs aliénation

Le contraire de la résonance, c'est l'aliénation, qui est une relation sans relation, un processus et non un état : une relation au monde où le su-

jet et le monde sont indifférents ou hostiles l'un à l'autre. L'aliénation, c'est une répulsion, une indifférence au monde, alors que la résonance, c'est une rencontre positive avec le monde.

L'aliénation n'est pas le contraire de l'autonomie. C'est parfois quand on perd le contrôle que nous sommes le plus nous-mêmes, quand on tombe amoureux, qu'on est bouleversé par une musique, une idée philosophique ou politique, par la nature, incapable de résister à un appel. L'amour de nos enfants, qui restreignent notre autonomie, c'est le contraire de l'aliénation. L'expérience de bonheur suprême, comme l'expérience de l'amour s'accompagne d'une perte partielle d'autonomie. La résonance, c'est aussi le contraire de l'accumulation, de la manipulation, de la recherche à tout prix de la performance ou de la domination, de la croissance perpétuelle.

Hartmut Rosa fait le tour de nos moyens de communiquer au monde : la peau (« *Ceux qui s'occupent plus de leur peau sont moins bien dans leur peau* »), la respiration, très importante dans certaines philosophies, le boire et le manger (la boulimie serait une pathologie de l'accélération, l'alimentation bio est plus un désir de relation différente au monde que de meilleure santé), la voix, le regard, le visage...

Il distingue plusieurs axes de résonances. Vertical : la nature, la religion et l'art. Horizontal : avec les autres, la famille (espace relativement préservé de l'esprit de compétition), l'état amoureux, l'amitié, la politique. Diagonal : avec les choses, le travail (la vente de force de travail transforme la relation de résonance en relation

La résonance est plus une relation qu'un simple état émotionnel.

1. A. Crismer, « Accélération », *Santé conjugulée* n° 98, mars 2023, www.maisonmedicale.org.
2. H. Rosa, *Accélération. Une critique sociale du temps*, La Découverte, 2011.
3. H. Rosa, *Résonance. Une sociologie de la relation au monde*, La Découverte, 2018.

d'aliénation : cela peut être dramatique quand tous les autres axes – famille, amis, loisirs, bénévolat, politique – ont été sacrifiés au travail). L'auteur pense que le taux important de burn-out chez les soignants et les enseignants vient de fortes attentes de résonance qui ont été déçues. L'école peut être source d'aliénation ou de résonance : il voit là un élément majeur expliquant la reproduction et le creusement des inégalités socioculturelles...

La crise de la modernité est une crise de la résonance, de la relation au monde. La société capitaliste produit aliénation. La volonté de domination du monde et de rendement entraîne une accélération du monde, une logique de croissance selon un processus sans fin, la compétition et la concurrence qui définissent les places

dans la société. Le processus de rationalisation du monde entraîne un désenchantement du monde, une perte de résonance. Le burn-out est une aliénation physique et psychique. Quand on demande aux gens s'ils sont satisfaits de leur vie, ils parlent plus de leurs ressources que de leur relation au monde, ils parlent de quantités plus que de qualité. Or une perte d'emploi, c'est une perte de ressources, mais aussi de résonance...

est une aliénation physique et psychique. Quand on demande aux gens s'ils sont satisfaits de leur vie, ils parlent plus de leurs ressources que de leur relation au monde, ils parlent de quantités plus que de qualité. Or une perte d'emploi, c'est une perte de ressources, mais aussi de résonance...

La crise de la modernité est une crise de la résonance, de la relation au monde.

Résonner ou raisonner ?

Dans un recueil d'entretiens récent⁴, Hartmut Rosa précise le concept de performance, exploré par John L. Austin dans les années 1960 où il ne s'agissait pas seulement de posséder les savoirs, mais de les maîtriser, et celui de compétence, qui est maîtrise assurée d'une technique, étudié par Chomsky : la résonance, c'est beaucoup plus qualitatif, « de telle sorte que le moi se transforme à son contact, se métamorphose : il touche et est touché : c'est le contraire de la manipulation ». Un modèle de résonance dans l'éducation est selon lui Mr Keating, joué par Robin Williams, dans *Le Cercle des poètes disparus*. Le professeur touche des adolescents à un âge de la vie qui apparaît souvent comme une sorte d'aliénation. L'éducation en quête de résonance n'est pas un dressage. La résonance favorise la reconnaissance (qui est une forme de résonance aux autres) et l'efficacité personnelle

(la confiance en soi) et, par-là, renforce la motivation.

Dans un essai collectif⁵, plusieurs auteurs soulignent la force politique des idées de Hartmut Rosa. Nathanaël Wallenhorst se demande : « *Comment pouvons-nous vivre ensemble, égaux et différents, sans que des logiques de maximisation des intérêts de quelques-uns président entièrement à l'organisation sociopolitique ?* » Renaud Hétier note que les enfants sont de plus en plus et de plus en plus tôt intégrés dans la société globale, avec ses technologies, le consumérisme, l'individualisme, la coupure de la nature. Jean-Yves Robin se demande : « *Devons-nous apprendre à raisonner ou à résonner [...] Résonner, c'est préserver le lien avec l'autre [...]* » Il prend l'image du bocal comme contre-exemple de la résonance. Le poisson rouge, dans l'océan, vit de vingt à trente ans pour atteindre vingt centimètres alors que le bocal a réduit dramatiquement sa taille et son espérance de vie. Fred Poché reprend une phrase de Heidegger : « *L'homme à l'avenir pourra-t-il encore se développer, son œuvre pourra-t-elle encore mûrir, à partir d'une terre natale déjà constituée, pourra-t-il s'élever dans l'éther, c'est-à-dire dans toute l'étendue du ciel et de l'esprit ? Ou bien toutes choses vont-elles être prises dans les pinces de la planification et du calcul, de l'organisation et de l'automatisation ?* »⁶ Jean-Marc Lamarre rappelle que l'expérience poétique est première, la science vient ensuite.

Ces auteurs se lèvent contre « *la culture du regard baissé, de la nuque courbée suite à l'addiction numérique qui altère les qualités empathiques du sujet* ». Rappelons-nous que beaucoup de cerveaux de la Silicon Valley limitent l'accès de leurs enfants aux écrans et que l'université Stanford, où est né le numérique, interdit les portables durant les cours. À noter que plusieurs de ces auteurs, comme Hartmut Rosa, sont signataires du *Manifeste convivialiste* et du *Second Manifeste convivialiste*⁷.

Résonance est le fruit de longues réflexions et de débats, les thèses défendues résultent d'hypothèses façonnées et affinées au cours d'un long processus. Certains passages sont denses. D'autres souffrent de répétitions qui sont probablement le résultat d'une pensée qui avance en spirale plutôt que de façon linéaire. Une fois de plus en philosophie politique, c'était déjà le cas avec Marx, si l'analyse de la situation est limpide, les pistes pour avancer sont plus floues. ■

4. H. Rosa, *Pédagogie de la résonance. Entretiens avec Wolfgang Endres*, Le Pommier/Humensis, 2022.

5. Les convivialistes, *Résistance Résonance. Apprendre à changer le monde avec Hartmut Rosa*, Le Pommier, 2020.

6. M. Heidegger, « Sérénité », *Questions III*, Gallimard, 1966-76.

7. *Manifeste convivialiste, Déclaration d'interdépendance*, Le bord de l'eau, 2013. *Second Manifeste convivialiste, Pour un monde post-néolibéral*, Actes Sud, 2020.

#VIVRE MIEUX : RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

Dans le précédent numéro de *Santé conjugulée*, la Coalition Santé présentait le premier volet de sa campagne #VivreMieux, axé sur une vision solidaire de la santé¹, et soulignait l'importance de défendre une approche large de la santé, celle-ci étant influencée par une multitude de facteurs. L'accessibilité aux soins constitue le second volet de la campagne : le système de soins de santé devrait permettre à chacune et à chacun de subvenir à ses besoins en santé.

Brieuc Dubois, coordinateur de la Coalition Santé.

Financière, géographique, administrative, culturelle : la question de l'accessibilité aux soins est complexe. Aujourd'hui, plusieurs tendances à l'œuvre mettent à mal cette accessibilité.

Une vision néolibérale nocive

Des logiques de marchandisation et de privatisation engendrent des inégalités importantes. L'un des exemples les plus marquants est sans doute celui de l'industrie pharmaceutique : l'absence de transparence en matière de régulation des prix des médicaments puisque leur prix est déterminé dans le cadre de négociations opaques plutôt qu'en fonction de leurs coûts réels de production. Cette opacité empêche les comparaisons entre les États et par conséquent leur coopération. Conséquences ? Des prix élevés pour certains médicaments, un bénéfice considérable pour les industries, un manque à gagner important pour la Sécurité sociale et un déficit d'accessibilité aux médicaments.

Cette course à la rentabilité financière se manifeste aussi dans les lieux de soins (hôpitaux, maisons de repos et maisons de repos et de soins, soins et aide à domicile). Elle se fait au détriment de l'accessibilité (la facture globale des patients en cas d'hospitalisation fait par exemple régulièrement l'objet de suppléments d'honoraires pour des séjours en chambres individuelles), mais aussi de la qualité de la prise en charge des personnes. Les soins de santé sont considérés comme un business à faire fructifier. La rentabilité est au centre du système et devient l'objectif à atteindre, au prix d'une diminution de l'accessibilité aux soins pour cer-

tains publics, en particulier les plus défavorisés. Les personnes exilées en situation irrégulière sont parmi les plus vulnérables et les plus confrontées à des barrières d'accès au système sociosanitaire.

- La Coalition Santé place la solidarité, la coopération et l'égalité au centre de son projet de santé. Les besoins de santé de toutes les personnes vivant en Belgique doivent pouvoir être rencontrés, ce qui suppose de garantir à toutes et à tous un accès à des soins de qualité. Une logique d'universalisme proportionné (des services et actions pour toutes et tous, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles aux besoins) doit être appliquée au système afin de lutter contre les inégalités de santé.

Un financement suffisant

En Belgique, les dépenses publiques de santé représentent 10,7 % du PIB², ce qui est comparable, voire inférieur aux pays voisins. Ces dépenses doivent permettre de rembourser les honoraires médicaux, le financement hospitalier et les produits pharmaceutiques, ce secteur représentant près de 20 % des dépenses.

Aujourd'hui, le budget consacré aux soins de santé est trop souvent considéré comme une variable d'ajustement budgétaire alors qu'il devrait répondre aux besoins de la population et à des objectifs de santé publique. Les besoins de santé ne cessent d'augmenter sans que la norme de croissance imposée politiquement suive le mouvement, ouvrant la voie à des pratiques commerciales préjudiciables. Ce sous-financement des soins de santé conduit à une diminution

1. B. Dubois, « #VivreMieux : une vision solidaire de la santé », *Santé conjugulée* n° 103, décembre 2023.
2. OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Belgique : Profils de santé par pays 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

de l'accessibilité et à des remboursements insuffisants, notamment pour les soins dentaires, la santé mentale, les lunettes, les appareils auditifs et certains médicaments. Conséquence ? Les Belges doivent supporter davantage de dépenses de santé (19 %) que dans nos pays voisins³.

- Un financement suffisant est nécessaire pour répondre aux besoins d'une population qui vieillit et dont les inégalités en santé grandissent. Cet argent doit aussi répondre à des objectifs de santé publique et ne pas servir des intérêts privés. Un renforcement global de la Sécurité sociale, incluant un soutien financier accru pour les métiers de première ligne et les actions de prévention, est crucial afin de garantir un système de santé solide et durable.

Revaloriser les métiers de l'aide et du soin

La Belgique est confrontée à une grave pénurie de personnel dans le secteur des soins, causée par de mauvaises conditions de travail et des salaires insuffisants. Les réductions budgétaires ont entraîné une intensification des tâches dans toutes les professions du soin. Les logiques de rentabilité qui guident de trop nombreuses institutions ne laissent que peu de place à l'humain, ce qui constitue une source supplémentaire de démotivation. Le nombre de postes infirmiers laissés vacants augmente alors que près de la moitié des infirmières en soins intensifs de notre pays envisagent de démissionner en raison de la charge de travail insoutenable et des conditions de travail déplorables. La pandémie a mis en lumière ce phénomène autant qu'elle l'a accentué. Augmentation des cadences de travail, renforcement des risques de burn-out à l'hôpital : ces effets sur la santé et le bien-être au travail se font encore sentir aujourd'hui.

L'ensemble des métiers de l'aide et du soin sont touchés. Les rythmes et la charge de travail, combinés au stress de ces métiers et à une rémunération trop faible, n'attirent plus les jeunes. Le personnel manque donc, ce qui alourdit la charge de travail de ceux qui, à bout de souffle, sont toujours sur le pont. Au-delà du facteur humain, c'est tout le système de soins de demain qui est en danger.

- Un plan ambitieux est nécessaire pour retrouver une société qui prend soin, pour

améliorer l'attractivité des métiers de l'aide et du soin en proposant des conditions de travail et de rémunération dignes pour les professionnels de santé. Les systèmes de formation et de stage doivent également être revus pour offrir un encadrement adéquat et éviter l'abandon massif des étudiants dans ces filières professionnelles.

Renforcer la première ligne

Actuellement, l'assurance maladie obligatoire présente des lacunes. Au moins 1 % de la population n'est pas couverte, et ce chiffre monte à 2 % à Bruxelles⁴. Autre chiffre interpellant : plus d'un tiers des Belges n'ont pas de médecin généraliste attitré, et cette situation empire avec la pénurie croissante de médecins généralistes dans tout le pays. En outre, la digitalisation croissante et le sous-financement des structures intermédiaires privent de nombreux individus de l'accès aux informations et à des conseils dispensés par des organismes de proximité tels que les mutualités.

La répartition des budgets au sein de l'INAMI favorise actuellement la seconde ligne de soins (hôpitaux, spécialistes) au détriment de la première (médecins généralistes, infirmières à domicile, aides à la vie journalière, maisons médicales, centres de planning familial, etc.). La première ligne est pourtant plus proche, plus adaptée aux besoins, plus préventive.

Par ailleurs, le mode de financement à l'acte des prestataires de soins entraîne une multiplication des actes médicaux au détriment d'une approche globale et préventive de la santé, créant de fortes inégalités d'accès au système de soins. Ces inégalités entraînent à leur tour un engorgement des urgences hospitalières et des coûts élevés pour les traitements aigus.

- La pandémie a souligné l'importance de mieux coordonner le système de soins, en le basant sur une première ligne solide et en garantissant l'accès de chaque citoyen à une équipe pluridisciplinaire locale pour répondre à ses besoins de santé. Cette approche doit permettre d'être plus proche de la population, de ses préoccupations et de la réalité de terrain afin de traiter les problèmes de santé préventivement et de permettre ainsi à la population de vivre en bonne santé.

3. Données 2018, SPF Sécurité sociale, "The evolution of the social situation and social protection in Belgium 2020", mars 2021.

4. N. Bouckaert et al., *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. WHO Regional Office for Europe, 2023.

Sécurité tarifaire

L'accès aux soins de santé est fortement influencé par les questions financières. Pour de nombreux patients, les soins sont devenus trop coûteux et représentent une part trop importante de leur budget annuel. En Belgique, certaines mesures comme le maximum à facturer (MAF), le statut BIM (bénéficiaire d'intervention majorée) ou le conventionnement des prestataires de soins assurent une protection des personnes les plus fragiles. On observe néanmoins que de plus en plus de professionnels de la santé choisissent de se déconventionner, fixant eux-mêmes leurs tarifs et augmentant les coûts à charge des patients. C'est notamment le cas pour un nombre croissant d'ophtalmologues (six sur dix ne sont pas conventionnés), de logopèdes (plus de 40 % ont refusé d'adhérer à la dernière convention) ou de kinésithérapeutes (le déconventionnement concernait 16,2 % de leurs actes en 2022 contre 3,4 % en 2016). Cette situation a un impact plus important sur les populations vulnérables, telles que les chômeurs, les personnes en incapacité de travail et les ménages à risque de pauvreté. Ces populations rencontrent des difficultés à payer leurs soins médicaux et finissent par renoncer à des soins pour des raisons financières.

- La Coalition Santé défend la régulation des honoraires des prestataires, la suppression du conventionnement partiel et le renforcement des statuts protecteurs (BIM et MAF). D'autres modèles existent aussi et sont à promouvoir. Le système au forfait, par exemple, est essentiel pour améliorer l'accès aux soins et favoriser une approche interdisciplinaire et globale des soins.

La planification

Un système de santé efficace repose sur l'échelonnement des soins, qui hiérarchise les différentes lignes de soins de santé et encourage les patients à entrer dans le système par le niveau le plus « bas », généralement le médecin généraliste. Une première ligne forte permet de tisser un lien de confiance avec les patients, de développer une bonne connaissance des réalités de vie et d'être proche de la population pour répondre à ses besoins. Lorsque c'est nécessaire, cette première ligne est également capable de rediriger les personnes malades vers les spécialistes adéquats.

L'échelonnement favorise une vision globale des soins, intègre la promotion de la santé et réduit les coûts pour la Sécurité sociale. Pour ce faire, les soins de première ligne doivent être davantage planifiés et organisés. En effet, la situation de pénurie de médecins généralistes en Belgique témoigne d'une répartition inégale des médecins sur le territoire. Certaines zones sont moins bien desservies que d'autres, notamment les régions rurales et les quartiers défavorisés des grands centres urbains.

- L'offre de soins doit être pensée en fonction des besoins en santé de la population. Il faut garantir dans chaque bassin de vie et de soins l'identification des besoins des populations, la formulation d'objectifs de santé publique en fonction de ces besoins et la capacité à y apporter des réponses. Cela nécessite une planification et une organisation des soins de première ligne, adaptées aux besoins de la population locale. La collaboration entre les différents niveaux de pouvoir doit être améliorée afin de mettre en œuvre ces politiques, qui devront prendre en compte les conditions géographiques, démographiques et socioéconomiques qui influent sur l'organisation des soins.

La Coalition Santé souhaite provoquer un tournant pour notre système de santé dès la prochaine législature. Un tournant urgent au vu de certaines situations dramatiques. La libéralisation et la recherche de bénéfices ne peuvent dicter les règles de notre système, car la santé est un droit fondamental que nous devons défendre pour toutes et tous. ■

En savoir plus ?

La Coalition Santé, connue jusqu'ici comme la Plateforme d'action santé-solidarité, est née en 2007 sous l'impulsion d'actrices et d'acteurs issus d'horizons divers, toutes et tous préoccupés par le droit à la santé, et qui ont décidé d'unir leurs forces afin de prévenir les conséquences des politiques néolibérales sur le plan social et sanitaire. Elle réunit aujourd'hui des représentants de syndicats, de mutuelles, du secteur associatif et d'ONG. Découvrez ses revendications, regroupées dans le Livre Blanc *Notre alternative pour la santé*, et parcourez le site web : www.coalitionsante.be. ■

SOIGNER LA VIOLENCE

Plusieurs équipes de maisons médicales constatent une montée de l'agressivité parmi leurs patients. Le phénomène semble avoir pris de l'ampleur, même si aucune étude n'a été réalisée à ce sujet. Elles sont de plus en plus nombreuses à vouloir être outillées, se former, renforcer les règles et définir les sanctions possibles, ce qui constitue un défi majeur pour des équipes autogérées en prise avec un fonctionnement de type non hiérarchisé et coconstruit autour d'un modèle qui allie entre autres accessibilité et bienveillance.

Stefania Marsella, assistante sociale à la maison médicale Calendula, formatrice en gestion de conflits.

Dans cet environnement aux caractéristiques particulières, évoquer la violence est parfois malaisé, et trouver des réponses appropriées laborieux, car pour ce faire, il faut inviter la question du cadre, de la règle, de la limite institutionnelle et des limites individuelles. Penser la violence dans l'institution équivaut également à interroger un type de mécanisme qui parfois permet, parfois cautionne et attise les épisodes violents¹.

Pourquoi ? Comment ?

La violence est omniprésente dans à peu près tous lieux de soin. Elle peut apparaître au détour d'un mot, d'une phrase, d'une attitude, elle se décline sous forme de tensions allant parfois jusqu'à l'agression verbale voire physique. Elle est assez courante dans les lieux résidentiels où la cohabitation et le respect d'un cadre plus ou moins strict créent *de facto* des frictions. Dans les hôpitaux ou les établissements de post-cure, la violence se déploie parmi les résidents,

entre les résidents et les soignants ; elle est pratiquement inévitable. Certains services sont plus sensibles que d'autres. Parmi ceux-ci, les secteurs psychiatriques et d'addictologie sont rarement épargnés.

Les lieux de soins sont par définition des concentrés de situations problématiques et complexes propices à la montée de mouvements agressifs. La maladie et la souffrance induisent régulièrement la peur et de la douleur, des sentiments et sensations qui sont souvent l'antichambre de la colère, elle-même

pouvant mener à la violence. La pathologie, la chronicité, l'incapacité et l'invalidité créent un sentiment de frustration et de perte (mobilité, plaisir, emploi, estime, tranquillité...). C'est avec ce fatras émotionnel que les patients se présentent dans nos lieux de soins. Ils arrivent avec à la fois beaucoup d'espoir et d'attentes, mais aussi beaucoup de tristesse et de colère d'avoir « perdu » leur santé, de ne pas pouvoir la récupérer, de ne pas bénéficier de ce traitement miracle qui les remettrait sur pied.

Certaines pathologies sont plus invalidantes que d'autres, et elles ont des conséquences sur le bien-être et sur la mobilité, sur la vie familiale et sociale. Notons que les pathologies mentales, qu'elles viennent ou non se greffer sur une affection physique, représentent à elles seules un facteur de risque. La fragilité psychique rend les comportements plus désorganisés, les réactions plus intenses et la capacité de se contenir plus malaisée. Enfin, la dégradation de la situation sociale et économique affecte également bon nombre de nos patients et représente également un facteur de risque à l'augmentation des épisodes d'agressivité.

La crise sanitaire et ses conséquences

Les mesures exceptionnelles prises lors de l'épidémie de Covid-19 ont considérablement augmenté le niveau de stress, de peur et d'incertitude parmi la population. Le confinement et la distanciation sociale ont eu pour effet de considérer l'autre comme un danger. Les maisons médicales ont été fortement touchées par ces mesures et ont dû se réorganiser sur un mode très normatif. Elles, dont l'organisation a un effet structurellement bienfaisant sur leur pu-

La dégradation de la situation sociale et économique représente un facteur de risque.

1. Nous utilisons ici les termes « violence » et « agressivité », sachant bien qu'ils reflètent des réalités qui ne sont pas parfaitement identiques.

blic (entre autres via un accueil soigné, professionnel et bienveillant), ont dû se résoudre à le mettre à distance avec des plexiglas, une réduction des consultations, un filtrage... Elles étaient beaucoup moins accessibles. Elles ont en outre dû suspendre leurs activités communautaires, mettre sous scellés les espaces de collectivité et, fait encore plus inédit, interdire l'accès aux personnes potentiellement contaminées. Or, celles-ci avaient plus que jamais besoin d'être apaisées, rassurées et accueillies. La peur de la contamination et les messages affolants diffusés en continu ont propagé un climat d'incertitude dont nous ressentons encore les effets. Les soignants ont dû gérer leurs propres angoisses et leurs propres doutes face à une alerte massive en temps réel et sans préparation. Les équipes ont dû se réorganiser à échelle variable, à effectif réduit et dans l'urgence.

Cette période a été peu élaborée par les équipes, ni pendant (car il fallait s'adapter en temps réel) ni après (car il fallait tourner cette page longue et éprouvante). Pourtant, ce qui n'est pas élaboré reste tapi dans les placards. Il en reste toujours quelque chose, une sorte de choc post-traumatique dont les effets résonnent des mois voire des années plus tard. Pire, il se peut que tout se restructure sur ce mode-là et que ces dimensions anxigènes fassent inconsciemment partie d'un nouveau fonctionnement. Il reste ici et là une forme de déni de ce que cette crise a déclenché et qui vient s'ajouter aux problématiques plus structurelles auxquelles les lieux de soins sont confrontés depuis des années. Mis bout à bout, ces enjeux multiples et multifactoriels nourrissent les risques d'agressivité tant du côté des soignants que des patients et peuvent basculer vers une forme de violence institutionnelle.

D'abord penser, puis agir

La plupart des petites agressions peuvent se résoudre dans une compréhension et un dialogue bienveillant, mais ferme. Certains comportements plongent les équipes dans un profond embarras. Il n'est pas rare que cela provoque des conflits internes quant à la réaction à adopter. Il serait plus simple d'avoir un canevas dans lequel puiser des réponses préconstruites. Mais une situation n'est pas l'autre ; certains soignants sont particulièrement tolérants aux actes violents,

d'autres beaucoup moins. La réponse peut donc aller de l'acceptation inconditionnelle empreinte de compréhension à l'absence d'indulgence et d'empathie. Nous ne parlons évidemment pas ici d'actes qui menacent l'intégrité physique et psychique des soignants, mais bien d'accès d'humeur, de manquements, d'attitudes intimidantes et impulsives ou d'impatience. Le panel est très large, les réponses à adopter également. La vision binaire bien/mal ou bourreau/victime est rarement suffisante, car la violence prend souvent naissance dans un système et dans des interactions, et il est important de réfléchir collectivement à l'origine du comportement agressif pour pouvoir le résoudre et l'anticiper.

Sans penser la violence et sans tenter de la comprendre, les réponses seront souvent inadéquates, peu réfléchies et, surtout, insuffisantes, et la violence sera toujours subie, répétitive, et affectera durablement la motivation de ceux et celles qui choisissent de prendre soin.

Comment penser la violence dans les lieux de soin

Les causes de l'agressivité pourraient se répartir en deux catégories contenant des facteurs endogènes et des déterminants de type exogène.

Parmi les déclencheurs endogènes, citons les traits de personnalité comme l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, la labilité émotionnelle. Ceux-ci s'inscrivent souvent dans une histoire familiale, culturelle, constituée d'accidents de vie plus ou moins marquants. La consommation problématique d'alcool, de drogues ou autres substances psychotropes peut diminuer les capacités des gens à contrôler leurs émotions. Certains troubles de la personnalité, pathologies ou handicaps mentaux sont autant de facteurs de risque à ne pas minimiser. Certaines maladies dégénératives ou de vieillesse sont connues pour modifier l'humeur et rendre plus volubile et imprévisible. La maladie, dans l'absolu, déclenche une vulnérabilité et une variation d'humeur, surtout quand elle apparaît de manière brutale, s'intensifie, se chronicise et déclenche une série de pertes.

Parmi les déterminants exogènes, citons les conditions de vie parfois dramatiques dans les-

Il n'est pas rare que cela provoque des conflits internes quant à la réaction à adopter.

quelles sont plongés les patients parfois dès leur plus jeune âge. Les conditions socioéconomiques précaires, un habitat délabré, une perte d'emploi, des politiques drastiques qui induisent une conditionnalité aux aides disponibles, la complexification des démarches, la solitude et l'isolement social, le manque d'interlocuteurs dans les administrations et les services, la numérisation à outrance... sont autant de facteurs de risque. L'individualisme exacerbé induit par nos sociétés, le manque de liens structurants, d'appuis de la collectivité, le sentiment d'être abandonné et méprisé par la société produisent un repli sur soi et une violence actée et subie.

Dans nos institutions médico-sociales, l'augmentation de l'agressivité peut également prendre racine dans la réduction des ressources allouées aux soins, dans les réductions drastiques des moyens de fonctionnement, et donc à la prise en charge. La pénurie de soignants, le manque de disponibilité des spécialistes, l'attente longue aux urgences

L'absence ou le manque d'explications est une grande source de frustration.

ou pour un rendez-vous sont éprouvants. Dans nos maisons médicales, citons les rotations du personnel et la difficulté d'assurer aux patients un référent stable et durable. Nos services sont eux-mêmes remplis de tensions organisationnelles ou relationnelles. La surcharge professionnelle, les absences, la difficulté liée au recrutement, les prises de décisions partagées... sont autant de facteurs déterminants qu'il convient d'ajouter à l'équation. Ceci nécessite une communication claire et franche sur les conditions qui entourent le soin, sur des éléments de réalité et sur les impondérables dont les patients ne sont pas nécessairement informés. L'absence ou le manque d'explications est une grande source de frustration.

Quelle attitude adopter ?

Un espace de réflexion est nécessaire pour élaborer, réfléchir collectivement, contextualiser et comprendre l'origine d'un incident.

S'il est indispensable de pouvoir élaborer un récit juste et impartial des événements, il est tout aussi important de laisser place aux émotions qui ont été éveillées, au vécu subjectif, aux peurs et dommages subis par les travail-

leurs. Une réparation peut s'avérer nécessaire, elle peut prendre la forme d'une lettre d'avertissement, d'un entretien de recadrage ou encore d'un rappel des règles en vigueur. Rappeler aux patients l'objet de nos missions, les limites de notre intervention, le respect des soignants et de l'équipe dans son entièreté. Afficher quelques informations claires et bienveillantes pour bien identifier les horaires, les délais, les conditions non négociables qui permettent une relation thérapeutique respectueuse de tous.

Cet exercice permettra également d'analyser les facteurs déclencheurs, d'identifier les déterminants, de vérifier ceux qui peuvent être mis au travail de manière individuelle ou collective, notamment via les ateliers communautaires. Le contexte, les problématiques soulevées, le type de communication et la gestion de la crise seront analysés afin de trouver une réponse adaptée et de prévenir d'autres événements similaires. Il peut être nécessaire de mettre ces sujets à l'ordre du jour d'une réunion, en supervision, ou en présence d'un tiers qui puisse aider à gérer les émotions et les frustrations.

Des procédures pourraient être mises en place, comme appeler un collègue ou le médecin référent afin de ne pas être seul, et trianguler. Le cadre institutionnel devra toujours être interrogé : est-il suffisamment connu, élaboré, doit-il être revu et soutenu ? Est-il connu de tous ? Fait-il l'objet d'un consensus ? Ces événements, aussi douloureux et difficiles soient-ils, peuvent être un levier, une opportunité pour interroger nos pratiques, notre cohésion d'équipe et notre capacité à penser ensemble nos limites, notre cadre de travail. Cependant, il est important de se rappeler que ce n'est pas parce que nous travaillons dans un lieu de soins que nous devons tout supporter. Soigner ne veut pas dire subir, et certains actes sont répréhensibles et doivent être gérés par les autorités compétentes. De la même manière, il est nécessaire d'accompagner les victimes d'agression, trouver une réparation, acter une réponse adéquate et ferme de l'institution.

Le monde dans lequel nous évoluons ne nous met pas à l'abri d'événements traumatisants, c'est la raison pour laquelle nous devons nous laisser traverser par les questions qui émergent, tout en préservant notre modèle de soins et nos travailleurs, composer avec cette complexité tout en préservant nos forces vives. ■

LES MAISONS MÉDICALES FONT LEUR CINÉMA

La culture participe à la bonne santé d'une communauté, c'est même un moteur puissant de bien-être. Dans cette optique, le projet imaginé par les centres culturels du Nord-Ouest de Bruxelles a permis de toucher des personnes qui ne fréquentent pas forcément ce type de lieux, de tisser du lien social et de leur confier une programmation dans un objectif d'*empowerment*, ce processus par lequel un individu est amené à prendre des décisions visant à acquérir plus d'autonomie quant à sa vie, sa santé.

Claire Poinas, chargée de projets pour les centres culturels du Nord-Ouest (Bruxelles).

Il n'a pas fallu longtemps aux chargées de santé communautaire de la maison médicale Kattebroek, à Berchem-Sainte-Agathe, et des maisons médicales Essegheem et Tournesol, à Jette, pour plonger dans l'idée d'un projet autour du film court. Ensemble, centres culturels et maisons médicales ont construit le projet « Les maisons médicales font leur cinéma ». Face au constat que la crise du Covid a fortement contribué à disloquer le lien social, qu'aujourd'hui encore un certain nombre de patients et de patientes souffrent d'isolement, ces partenaires ont décidé de programmer des ateliers à un horaire qui attirerait des personnes ne se trouvant pas sur le marché du travail.

Appel a été fait à l'asbl 68 Septante, dont la Vidéothèque Nomade recèle un trésor de films courts, fictions, documentaires, animations. Traitant de sujets légers et graves, convoquant l'humour, la poésie, l'absurde, ils constituent autant d'invitations à délier les langues et à échanger les points de vue. Cette association a aussi cette capacité de fonctionner tout-terrain, de s'adapter à toutes les configurations possibles, qu'elles soient de l'ordre du contenu (une multiplicité de fils rouges peuvent être tirés entre les films proposés) ou de l'animation du groupe en présence.

Accompagner

Les chargées de santé communautaire des maisons médicales ont mené un large travail de communication auprès de leurs publics en identifiant les personnes susceptibles de répondre favorablement à la proposition, en les contactant personnellement, en les accompagnant

au sens propre comme au figuré dans le projet puisqu'elles leur donnaient rendez-vous dans leur maison médicale « mère » pour rejoindre les maisons médicales « sœurs » où avaient lieu les ateliers. Le groupe était constitué d'une vingtaine de personnes qui, si elles étaient à l'aise avec la langue française, pouvaient être plus vulnérables à d'autres égards. Toutes étaient attirées par l'originalité de la proposition et, avant tout, mues par leur intérêt pour le film court.

Explorer la créativité et susciter la réflexion

Huit ateliers de deux heures se sont tenus pendant l'automne 2023, tour à tour dans ces trois maisons médicales, les patientes et les patients accueillant les autres membres du groupe avec un joyeux « Bienvenue dans MA maison médicale ! ». D'atelier en atelier, le groupe se consolidaient, les personnalités se dévoilaient, les liens se tissaient. Une trentaine de films courts ont été visionnés, suscitant moult discussions, laissant la place à tous les points de vue et faisant œuvre de démocratie. Tant de films différents ont été vus, que « même si un film t'a pas plu, c'est pas grave, il y en a plein d'autres chouettes », souligne un membre du groupe. Le groupe a découvert à quel point le film court met en jeu une multiplicité de techniques artistiques (pellicule, dessin, gravure, collage, sculpture) et une inventivité sans fin.

**D'atelier en atelier,
le groupe se consolidaient,
les personnalités se
dévoilaient, les liens
se tissaient.**

Dans la foulée, le groupe a élaboré une programmation pour trois moments de projection tout public au centre culturel La Villa (Ganshoren), au centre culturel de Jette et au centre culturel Archipel 19 (Berchem-Sainte-Agathe). Ce qui a guidé leur choix était précisément de ne pas chercher à définir un fil conducteur, mais de laisser la place aux coups de cœur. L'envie était de montrer des films donnant à réfléchir

**Les horaires ont été
choisis de manière
à attirer des publics
ayant des modes
de vie différents.**

et de ponctuer la soirée de propositions plus légères et joyeuses. C'est ainsi qu'a été projeté *Le mal du siècle* de la Québécoise Catherine Lepage, traitant du burn-out, le savoureux *Kin* de l'atelier collectif Zorobabel, évoquant l'art de la débrouille et du recyclage en République démocratique du Congo. Un petit clin d'œil a été adressé aux maisons médicales avec *Ceci n'est pas un trou* de Lucie Thocaven, qui revient avec pédagogie et un ton humoristique sur l'histoire de la Sécurité sociale et son fonctionnement. Les horaires ont été choisis de manière à attirer des publics ayant des modes de vie différents : en après-midi pour toucher des personnes qui n'apprécient guère de sortir de chez elles une fois la nuit tombée et en soirée pour attirer un public plus large travaillant pendant la journée.

Participer, à tous les échelons

Des rôles tournants ont été répartis au sein du groupe : qui pour distribuer les programmes, qui pour assurer la présentation introductive, qui pour gérer le temps, qui pour modérer les discussions avec les personnes invitées (réalisateurs et réalisatrices, personnes chargées de la diffusion des films). Des participantes se sont donné rendez-vous afin d'approfondir leur réflexion et la manière dont elles allaient s'adresser à la salle. Le groupe a commencé à prendre vraiment corps et à se vivre comme groupe au moment où il ne s'est plus seulement agi d'exposer son point de vue, mais de décider d'une programmation et de se distribuer les rôles. Des talents ont émergé, pas nécessairement identifiés par les membres du groupe eux-mêmes. Tel T., qui se disait timide. Il s'est lan-

cé sur scène dans une série de questions spontanées à un invité ; et N., que l'on a découverte en présentatrice hors pair. Chacune et chacun a pris sa place différemment, et si certains ont été plus prolixes au cours des ateliers, d'autres ont contribué à faire lien, comme F. et A. qui ont fait la surprise d'arriver à une projection les bras chargés de victuailles soigneusement présentées, contribuant ainsi à une belle convivialité. L'occasion de découvrir que A. était cheffe de cuisine dans des restaurants et hôtels prestigieux et de partager des brins de vie.

Le public en présence lors des projections comprenait les membres du groupe, bien entendu, de même que des membres d'autres maisons médicales comme Calendula, à Ganshoren. Les collègues soignantes et les soignants des maisons médicales du Nord-Ouest ont aussi pu participer à l'une des projections et ainsi sortir de leur cadre et profiter d'une activité programmée par leurs patientes et patients. Passer du rôle de celui à qui l'on dispense des soins et de l'écoute à celui qui propose une programmation culturelle et prend la parole sous les feux des projecteurs constitue une expérience plébiscitée par tout le monde et qu'une grande partie du groupe souhaite vivre à nouveau.

**Démocratisation de la culture
et démocratie culturelle**

Les centres culturels constituent des lieux de réflexion, de mobilisation par, pour et avec les populations. Au niveau local, ils sont les premiers lieux de rencontre entre la culture et les habitants. En offrant la possibilité au plus grand nombre d'accéder à la culture, ce projet mené avec les maisons médicales répond pleinement à l'objectif de démocratisation de la culture qui constitue l'une des grandes missions des centres culturels. Par ailleurs, il a permis de répondre à un enjeu de démocratie culturelle : des citoyennes et des citoyens se sont engagés dans un processus de réflexion aboutissant à la programmation de trois soirées de projection de films. Ce faisant ils sont devenus des partenaires actifs de la vie culturelle de leur quartier.

Un projet qui coche toutes les cases et qui a fait la fierté de toutes et tous : membres du groupe, équipes des maisons médicales, animateur de la Vidéothèque et chargée de projets des centres culturels du Nord-Ouest. ■

Substances et dépendances

Les personnes ayant un trouble de l'addiction peinent à accéder aux soins et c'est d'autant plus vrai pour celles qui consomment des produits illicites, trop souvent victimes de stéréotypes et d'(auto)stigmatisation. Parmi elles, les femmes sont plus éloignées encore que les hommes du système de santé. La médecine générale de première ligne n'échappe pas à ce constat, et nombreuses sont les pistes à creuser pour améliorer l'accompagnement des consommateurs dits problématiques : ré-humanisation de la relation de soin, développement des approches multidisciplinaires, prise en compte d'une santé globale dans toutes ses dimensions biopsychosociales. Agir sur les usages problématiques de substances psychoactives impose aussi de se décentrer de la pratique soignante afin d'appréhender les impacts d'un environnement global (législatif, économique, social ou culturel) sur ces situations.

Tantôt occultées ou interdites, tantôt réservées à un usage médical, tolérées voire socialement acceptées, les substances psychoactives sont utilisées depuis la nuit des temps pour des motifs rituels, spirituels, thérapeutiques ou récréatifs. Impulsé par les États-Unis et les conventions internationales, le dispositif répressif actuel envers la plupart des drogues a (eu) pour fonction la régulation de l'ordre social, avec pour effet une stigmatisation et une criminalisation des consommateurs. Ceux qui font le plus les frais de la pénalisation sont les plus fragilisés d'entre eux : les personnes sans titre de séjour, en détention ou sans logement, pour qui les barrières d'accès aux dispositifs sociosanitaires sont les plus fortes.

Si l'on évoque souvent les effets délétères du marché noir des drogues, c'est parce que nous en sommes les témoins dans l'espace public (précarité, deal, violences). Les acteurs marchands actifs dans les drogues légales ne sont pourtant pas en reste en matière de méfaits. Les industries de l'alcool, du tabac, mais aussi des jeux de hasard et d'argent font montre d'ingéniosité pour vendre leurs produits à tout va, au détriment de la santé publique. Autres substances employées de façon abusive et présentant des risques d'accoutumance et de dépendance : les médicaments qui visent à traiter les troubles dépressifs, anxieux, de la douleur, du sommeil ou de l'attention. Des pathologies dont le marché privé a flairé les juteux bénéfices qu'il pouvait engranger.

Les politiques régulatrices des drogues, légales comme illégales, doivent aujourd'hui se renouveler afin de replacer la santé au centre des préoccupations. De la même manière, c'est l'ensemble des facteurs sociaux favorisant le recours à des pratiques addictives (inégalités socio-économiques, violences de genre, délitement du lien social, mauvaises conditions de travail, société d'hyperconsommation, etc.) qui doit être pris en considération au sein d'une politique et de pratiques de prévention ambitieuses, dans une visée d'amélioration du bien-être et de la qualité de vie de toutes et tous. Car les (més)usages de drogues, au-delà de leurs composantes individuelles biomédicale et psychique, sont surtout un puissant révélateur social. ■



PATHOLOGIE MULTIPLE, SOIN GLOBAL

Transmettre une meilleure compréhension des addictions et lutter contre la stigmatisation des usagers et usagers dans le monde soignant : ce sont les objectifs poursuivis par Dominique Lamy, médecin généraliste à Mons, enseignant à l'UCLouvain, membre de l'Académie royale de médecine ainsi que du réseau Alto, créé en 1992 en Région wallonne pour soutenir les soignants autour de cette problématique.

Marinette Mormont, membre de la rédaction de *Santé conjugulée*.

Comment s'est dessiné, en Belgique francophone, le paysage de l'accompagnement de l'usage problématique de substances psychoactives ?

D. L. : J'ai commencé mon activité de médecin en 1984. Très vite, j'ai été confronté à des jeunes dépendants à l'héroïne qui venaient me voir pour des prescriptions de benzodiazépines. Le drame, c'est que pour ces personnes, nous n'avions que peu de solutions. Les seules réponses étaient essentiellement institution-

nelles, dans les communautés thérapeutiques – il y en avait une bonne dizaine en Belgique – ou dans les hôpitaux psychiatriques, mais qui étaient relativement démunis. Le principe de l'accompagnement, c'était la file d'attente, considérée comme une « file des motiva-

tions » : celui qui arrivait à entrer, c'est qu'il était motivé pour se soigner ; les autres pouvaient abandonner. Il faut aussi recontextualiser. À l'époque, en tant que médecin, on recevait pour unique message : « *Ne vous occupez pas de ces gens-là, mettez-les à la porte.* » À la suite de la diffusion des travaux de Jean-Jacques Déglon, addictologue de la Fondation Phénix de Genève, un mouvement s'est mis en place dès le début des années 1990. Quelques médecins avaient déjà prescrit de la méthadone dans les années 1980, mais s'étaient retrou-

vés en prison sous le coup de la loi de 1921¹. Le produit a alors été reconnu comme une solution. Il y a donc eu une période de tolérance par rapport à la loi, puis les traitements de substitution ont été inscrits dans un arrêté royal en 2006². C'était vraiment une innovation : les files actives des centres se sont complètement vidées.

Aujourd'hui, ce paysage a changé et il n'existe pas de traitements de substitution pour la plupart des produits utilisés...

Le combat de l'héroïne de ces années-là n'est plus celui d'aujourd'hui. Nos usagers sont multi-consommateurs. Ils consomment un peu de tout en fonction du moment et de ce qu'ils trouvent. De la cocaïne surtout, mais aussi de l'héroïne, de la kétamine et une série de nouveaux produits de synthèse, dont la Belgique est l'un des plus gros producteurs. Tous ces usagers, on peut travailler avec eux à partir de ce qu'on a pu créer comme connaissances depuis les années 1990. La clinique des assuétudes, avec la méthadone, a été une excellente école. La méthadone était en effet une très bonne réponse médicamenteuse, mais ce sur quoi on a vite déchanté, c'est qu'elle ne résolvait pas le fond du problème. Dès le début des années 1990, on a donc commencé à construire des réponses en matière d'accompagnement. C'est à ce moment-là qu'est né le mouvement Alto. Une des formations que l'on avait organisées à Mons avait d'ailleurs pour titre : « La méthadone est une réponse. Mais quelle était la question ? »

1. Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques,

« La plupart des drogues qui circulent aujourd'hui sur le marché sont d'abord des médicaments. »

stupéfiants, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et de substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiants et psychotrope.

2. Arrêté royal réglementant le traitement de substitution (2004), modifié par l'arrêté royal du 6 octobre 2006.

De quoi l'abus de substances est-il le symptôme ?

La dépendance repose sur un triptyque biopsychosocial. Ce triangle a été modélisé par le Dr Olivenstein dans les années 1980. L'idée, c'est qu'on ne devient dépendant que si les trois éléments sont déficitaires : un individu, qui est en problème, dans un environnement non soutenant, rencontre un produit. Ce sont ces trois ingrédients qui construisent la dépendance. Dans notre pratique, on observe que tous ces jeunes ou moins jeunes sont en détresse d'une façon ou d'une autre et utilisent les produits qui circulent comme automédication. Un jeune qui prend de la kétamine sait que ce n'est pas la bonne réponse, mais il n'en a pas d'autres. Cette détresse a souvent pour origine des schémas parentaux absents ou au contraire trop restrictifs et contrôlants, avec des parents qui ne laissent pas l'adolescent faire ses transgressions. On rencontre aussi beaucoup de troubles de l'identité (troubles de la personnalité, troubles bipolaires, etc.) et une série de pathologies sous-jacentes qui sont assez dramatiques. Ces jeunes s'affirment alors avec des comportements signifiants pour eux ou pour la communauté dans laquelle ils sont, les cités par exemple, où les produits circulent. La consommation permet de se donner une identité et d'exister. On retrouve cette quête de repousser les limites, de vivre des émotions et des sensations de plus en plus fortes. Évidemment, il faut reproduire cela sans cesse, ce qui engendre un recours fréquent au produit.

Quel a été l'apport des neurosciences dans la compréhension de la dépendance ?

En 1970, on a découvert les récepteurs cérébraux mu, delta et kappa, les trois récepteurs des opiacés, qui modulent plusieurs fonctions dont la réponse à la douleur, au stress et le contrôle des émotions. Un peu plus tard, on a modélisé le système dopaminergique ou de récompense. La compréhension de tout ce système a été révolutionnaire, car cela nous a permis de mieux comprendre ce que l'on observait dans notre travail clinique, notamment le *craving*, cette envie irrésistible de consommer. À côté de cela, il y a aussi la question de la mémoire contextuelle. Je fais référence à Marcel Proust et à sa madeleine : si vous remettez

quelqu'un qui est abstinent, parfois depuis plusieurs années, dans un contexte identique à celui dans lequel il consommait, vous le placez dans une situation à risque. Aujourd'hui, les activités de recherche se poursuivent pour trouver des traitements de substitution pour tous les produits, ainsi que sur la génétique de la dépendance. Mais je ne pense pas que la fragilité soit majoritairement à trouver dans la génétique. Elle se situe plutôt dans l'histoire et le contexte familial. Si on pouvait faire une action préventive majeure, ce serait d'imposer le souper familial sans écrans et au cours duquel chacun raconte sa journée aux autres...

La compréhension de ce système a contribué à dépasser le clivage entre produits légaux et illégaux...

Oui, ce système fonctionne pour tous les produits : l'alcool, la nicotine, etc. Et, il faut le rappeler, la plupart des drogues qui circulent aujourd'hui sur le marché sont d'abord des médicaments. L'opium était utilisé comme antidouleur et a été transformé chimiquement en morphine. Dans les années 1870, l'héroïne est ensuite arrivée, et cela a été accompagné d'articles scientifiques dithyrambiques la présentant comme un antidouleur sans aucun risque de dépendance. Même chose ces dernières années avec les opiacés de prescription, qui ont provoqué les épidémies d'overdose d'oxycontin que l'on connaît aux États-Unis. La plupart des produits (cocaïne, kétamine, cannabis, etc.) ont un usage médical et des usages détournés.

Face au caractère multiple de l'addiction, quelles sont les spécificités de la prise en charge ?

Quand on accueille ces patients, qu'est-ce qui compte d'abord ? C'est l'accueil, le lien et le projet de vie de la personne. En tant que médecins, nos axes de travail sont d'agir sur la santé globale, physique et mentale, ainsi que de comprendre la place et la fonction du produit dans la vie de la personne. Ce n'est qu'après que l'on peut construire un projet de soins. On utilise souvent la métaphore du radeau : le produit, c'est un radeau qui permet à la personne de flotter. Si vous mettez une personne brutalement en sevrage, vous lui enlevez son radeau. Notre but est donc d'aider le patient à trouver un che-

min dans son paysage. Parfois, on doit accepter une consommation et faire en sorte qu'elle soit la plus contrôlée possible afin d'éviter des dommages supplémentaires. On doit accepter aussi les tentatives de retester un produit chez une personne qui n'est plus en situation de dépendance. C'est la philosophie de la réduction des risques. On essaye de travailler sur base des objectifs de vie de la personne, mais on fait avec les moyens du bord. Car on se heurte souvent à un réseau social très appauvri.

D'où l'importance du travail en réseau ?

Montrer à l'utilisateur qu'on est en réseau, c'est lui donner une image de ce qu'il pourra faire lui-même demain. Je travaille main dans la main avec une psychologue, parfois en co-consultation. Un peu à l'image des microstructures, en France, qui consistent en la mise à disposition

de psychologues et d'assistants sociaux salariés dans les cabinets de médecins généralistes qui accompagnent les usagers de substances. En Belgique comme ailleurs, on s'est tous rendu compte que

seul on ne s'en sort pas. Beaucoup de médecins généralistes sont aujourd'hui en incapacité de travail ou en burn-out face à cette incapacité à gérer toutes les demandes sociétales. Ils doivent pouvoir s'allier avec des psychologues, des infirmières et des pharmaciens qui sont les premiers délivreurs de produits.

Quel est le frein majeur dans l'accès aux soins ?

Le problème fondamental reste lié à la compréhension, aux représentations, à la stigmatisation. Cette image du « tox » est toujours présente, particulièrement dans le corps médical. Quand on veut envoyer un de nos usagers chez un spécialiste pour une pathologie tout à fait somatique et qui n'a rien à voir avec sa dépendance, c'est toujours compliqué. Il faut faire accepter que ce sont des patients qui ne vont pas forcément être très ponctuels, qui vont parfois être un peu plus rentre-dedans, mais qui sont des êtres humains et des patients avant tout. Ces comportements stigmatisants sont régis par la peur. Je n'ai pour-

tant jamais subi de violences ou de vols. Un lien s'établit avec les personnes dès lors que je leur fais confiance et que je les considère comme des patients parmi les autres. Il faut choisir les bons mots. Il y a des produits, des usages ou des comportements problématiques, mais il n'y a pas de « drogués » ou de « toxicos ».

Comment avancer sur cette question ?

C'est malheureusement un combat qu'on mène depuis longtemps. Tout cela démarre à l'université. À l'UCLouvain, il existe dans le programme de cours généraux une séance de deux heures d'introduction à ces questions. Même chose à l'ULB et à l'ULg. Pendant les trois ans de spécialisation pour les jeunes généralistes, je donne ensuite des modules, en option, sur les différentes addictions (alcool, tabac, drogues illicites). Mais *grosso modo*, il n'y a qu'une vingtaine d'étudiants dans chaque groupe. Certains maîtres de stage sont ouverts à ces questions, d'autres ne veulent pas en entendre parler. Le concept de réduction des risques, par exemple, n'est pas du tout assimilé. Pourtant, un usager qui continue de consommer, s'il apprend à consommer correctement, c'est qu'on a déjà fait notre boulot. C'est une notion à défendre. C'est pour faire évoluer tout cela que le réseau Alto propose des formations à toutes les professions soignantes intéressées. On forme 145 à 150 personnes par année. Évidemment, ce sont les gens motivés qui viennent. Mais on ne lâche pas !

Vous sentez-vous soutenu par les pouvoirs publics dans votre pratique ?

Il y a énormément de demandes : ce n'est donc pas un problème mineur, il faut s'y arrêter. Le Conseil supérieur de la santé (CSS) publie un second avis sur l'alcool³. Il faudrait qu'on puisse faire le même travail sur d'autres problématiques de dépendance. Nous avons aussi besoin de plus de reconnaissance pour le travail de tous ces spécialistes en addictologie. Cela passe par des consultations mieux honorées financièrement. Une première consultation prend en général 45 à 60 minutes et elle est aujourd'hui rémunérée de la même manière qu'une consultation classique. Il est nécessaire de prendre en compte l'existence de cette problématique autrement que par le répressif afin de répondre à la détresse et aux besoins des usagères et usagers. ■

« Le problème fondamental reste lié à la compréhension, aux représentations, à la stigmatisation. »

3. Un avis sur les « risques liés à la consommation d'alcool » a été publié en mai 2018 (CSS9438). Un autre est sur le point de paraître : « Mesures de réduction des méfaits liés à l'alcool, avertissements sanitaires dans le marketing, recul de l'âge de la première consommation d'alcool et prix minimum de l'alcool » (CSS9781).

RITES, CULTURES ET TRADITIONS

De la feuille de coca à la cocaïne ou du pavot somnifère à l'héroïne, l'usage des plantes a connu une métamorphose considérable au fil des siècles pour arriver au paysage pharmacologique actuel composé d'un nombre relativement restreint de produits d'origine naturelle et d'une quantité exponentielle de molécules synthétisées en laboratoire.

Rosalie Régny et Michaël Hogge, chargés de projets sociologiques et épidémiologiques à Eurotox, Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues.

Les origines de l'usage de substances psychoactives remontent aux prémices de l'humanité¹. En explorant et expérimentant la flore à des fins alimentaires, les premiers hominidés ont découvert que la consommation de certaines plantes ou champignons engendrait de profondes modifications des perceptions, des sensations corporelles et de l'état de conscience. Ils en ont progressivement apprivoisé les effets et développé un usage ritualisé. Pendant des millénaires, des rites et des normes culturelles et sociales ont régi ces pratiques au sein des sociétés, longtemps sans cadre politique et juridique. Les premiers usages trouvent ainsi leurs origines dans des civilisations et des cultures traditionnelles très diverses et anciennes, qu'ils ont probablement contribué à façonner, tant sur le plan de l'organisation sociale que des croyances. Ces pratiques ont toujours été d'ordre initiatique, rituel ou médical, conférant ainsi aux drogues une place et une fonction particulières dans l'espace social².

Confiscation du savoir et monopole des usages

La période du Moyen Âge et de l'Inquisition a opéré un tournant dans les représentations et les pratiques d'usage de drogues. Le pouvoir de l'Église et l'expansion du christianisme ont mis toute substance psychoactive à l'écart des rituels religieux et des traditions culturelles, sauf le vin. Dans ce contexte, la morale et le droit se confondent tandis que toute tradition pharmacologique est occultée et interdite. Une confiscation du savoir va se mettre en place. Les savoirs anciens, médico-religieux, chamaniques ou païens vont être marginalisés et condamnés. Une guerre est déclarée à l'encontre des sorcières et des sorciers, associés aux drogues et à

la luxure. Parallèlement, la société aristocratique s'accapare l'usage de certains produits comme le tabac et l'alcool³, alors que certaines préparations telles que le laudanum (teinture alcoolique à base d'opium) resteront en principe réservées à un usage médical. En dehors du continent européen, certains usages traditionnels survivront malgré l'expansion coloniale (l'usage de champignons à psilocybine au Mexique, d'Ayahuasca au Pérou ou d'amanites tue-mouche en Sibérie, par exemple).

Révolutions industrielles et expansion des usages

À partir de la fin du XIX^e siècle, les évolutions de la chimie et le développement de nouvelles techniques, notamment d'identification, d'extraction et de synthèse des principes actifs présents dans les plantes psychoactives, ainsi que la création de molécules dérivées ont contribué à la diffusion croissante de nouveaux produits. On observe alors une démocratisation des consommations et une expansion des usages de masse à visée principalement récréative, par le détournement de l'utilisation médicale insuffisamment encadrée et régulée. On retrouve par exemple de l'héroïne et de la cocaïne en pharmacie au début du XX^e siècle, alors indiquées pour traiter des affections banales telles que la toux pour l'une et les rages de dents pour l'autre. La cocaïne était par ailleurs présente dans de nombreuses boissons stimulantes de l'époque, dont le célèbre Coca-Cola, commercialisé à grand renfort de publicité à l'aube du libéralisme. Cette industria-

Les hominidés ont progressivement apprivoisé les effets et développé un usage ritualisé.

1. A. Escobotado, *Histoire élémentaire des drogues : des origines à nos jours*, Éditions du Léopard, 1995.
2. M. Rosenzweig, *Drogues et civilisations, une alliance ancestrale : de la guerre à la pacification*, De Boeck, 2008.
3. D. Nourrisson, « La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français », *Drogues, santé et société*, vol. 16, n° 2, 2017.

La guerre à la drogue sera officiellement prononcée aux États-Unis au début des années 1970.

lisation a contribué à la mise en circulation de produits plus concentrés ou plus puissants que leurs homologues végétaux, favorisant leur potentiel toxique et addictif. Mais le monde médical et le monde pharmaceutique vont progressivement s'allier et monopoliser la délivrance des drogues, alors que les produits échappant à la filière pharmaceutique seront progressivement interdits. Une catégorie de population surexploitée, la classe ouvrière, a aussi émergé avec la révolution industrielle, s'accompagnant de revendications et de tensions sociales. L'alcoolisme est alors pointé du doigt, responsable de troubler l'ordre public et de désorganiser l'équilibre de la société⁴. Du côté de l'Asie, l'usage récréatif d'opium fumé s'amplifiera à partir du XVIII^e siècle, en particulier en Chine.

Dès le début du XX^e siècle, les législations prohibitionnistes vont proliférer à l'échelle mondiale, en réponse aux conséquences sociosanitaires et aux enjeux économiques, politiques et postcoloniaux. Sous l'impulsion des États-Unis, des conventions internationales sont élaborées au cours des premières décennies. Initialement axées sur l'opium (Conférence de Shanghai), elles s'étendront à la morphine et à la cocaïne en 1912. Le paradigme prohibitionniste s'internationalise au fil des conventions portées par les Nations unies, transposées au niveau national, et la répression des usages se durcit.

Un peu plus tard, de nombreuses afflictions liées aux contraintes et exigences de la vie dans les sociétés industrielles seront progressivement médicalisées, avec une prise en charge essentiellement basée sur la pharmacothérapie. Ainsi, des médicaments contre la douleur, la dépression, l'anxiété ou encore des anorexigènes seront massivement prescrits, en particulier à partir de la seconde moitié du XX^e siècle. Le paysage pharmacologique est progressivement bouleversé par les intérêts économiques et les problématiques sociétales. Des molécules ayant des effets singuliers sur la conscience seront aussi brièvement expérimentées ou utilisées dans le traitement de troubles de la santé mentale (en particulier le LSD et la MDMA (principe actif de l'ecstasy), avant d'être interdites et considérées comme sans intérêt thérapeutique.

Contre-culture et guerre à la drogue

L'élan prohibitionniste s'intensifiera à la fin des années 1960, lorsque des mouvements de contestation sociale de grande ampleur intégreront l'usage de drogues dans les habitudes de vie, qu'ils s'agissent de stimulants, de dépressifs ou de psychédéliques. La consommation de ces produits est considérée par une partie (relativement jeune) de la population comme un catalyseur de développement personnel, de bien-être et de changement sociétal. Son expansion aura tendance à engendrer des abus, à fragiliser l'ordre social et à galvaniser les mouvements subversifs, ce qui conduira les autorités à plus de fermeté dans sa répression. La guerre à la drogue sera officiellement prononcée aux États-Unis au début des années 1970. Elle s'étendra rapidement au reste du globe.

Certaines drogues seront assimilées à des groupes, particulièrement issus de l'immigration, définis par leur origine, leur religion ou leur classe sociale et stigmatisés par des représentations négatives, qui nourriront des politiques répressives et d'exclusion sociale. Parallèlement au renforcement du régime prohibitionniste, l'approche thérapeutique orientée vers l'abstinence deviendra le principal objectif thérapeutique des interventions à destination des usagers et des usagères. Ces deux dynamiques de régulation des substances psychoactives s'inscrivent dans un même idéal normatif d'une société sans drogue, du moins en dehors du cadre médical et pharmaceutique⁵.

Vers une médicalisation de la problématique

Après les « alcooliques », la catégorie sociale des « toxicomanes » gagne en visibilité, s'accompagnant de condamnations. La notion de toxicomanie englobe la dépendance à toute forme de substance, mais renvoie plus précisément aux drogues illégales dans l'imaginaire collectif. Le terme est issu de la psychiatrie, et la substance est considérée comme la cause unique du problème. Les comportements qu'elle induit sont jugés nocifs pour la société (trouble à l'ordre public et vols, violence familiale, décrépitude morale, etc.). La maladie gangrène le corps social : d'individuelle, elle devient sociale et même « fléau social »⁶.

La question des drogues et de leurs usages, longtemps pensée uniquement comme un pro-

4. *Ibid.*

5. B. Quirion, C. Bellerose, « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, 2007.

6. J.-C. Dupont, M. Naassila, « Une brève histoire de l'addiction », *Alcoologie et Addictologie*, 38 (2), 2016.

7. D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, 1998.

8. B. Quirion, C. Bellerose, *op. cit.*
9. P. Peretti-Watel et al. *Les usages sociaux des drogues*, PUF, 2007.

blème moral, est devenue en quelques années une préoccupation sanitaire centrée autour de la notion du risque⁷, dans le sillage de l'épidémie de sida. Une politique de réduction des risques va alors progressivement émerger, orientée dans un premier temps sur les usages de drogues par voie intraveineuse.

L'influence libérale

Les stratégies d'intervention ne vont plus seulement viser l'éradication de la consommation de drogues, mais aussi s'étendre à la réduction de ses conséquences négatives. La popularité accrue de la réduction des risques peut se comprendre à la lumière des transformations néolibérales plus globales, en tant que nouveau mode de régulation des pratiques sociales⁸. Dans le sillage du développement de la réduction des risques, une prise de conscience que les usages et addictions ne peuvent se réduire au seul potentiel addictogène des produits déplace la compréhension du phénomène du modèle biomédical vers un modèle biopsychosocial, intégrant les variables socioculturelles et individuelles. On prend conscience que l'usage de certains produits (notamment les psychostimulants) est favorisé par les injonctions sociétales propres au libéralisme (performance, rendement, confiance en soi...). Un comportement transgressif peut donc poursuivre une finalité conforme aux valeurs dominantes tout en mobilisant des moyens illégaux⁹. De même, dans un contexte de précarisation où les crises (sanitaire, énergétique, migratoire) se succèdent et fragilisent la santé mentale et où les attentes sociales se durcissent, différents produits peuvent être utilisés pour faciliter l'adaptation de l'individu aux contraintes environnementales ou pour réduire l'impact délétère de cet environnement hostile sur son bien-être.

Plusieurs phénomènes – tels que l'augmentation des usages, l'apparition de nouveaux produits¹⁰, l'inclusion de l'alcool et du tabac dans le champ des drogues et des politiques publiques, la responsabilité de firmes pharmaceutiques et de pratiques prescriptives débridées dans l'étiologie de certaines addictions – vont contribuer à l'émergence d'une nouvelle approche des usages de drogues. Au-delà de la perspective strictement médicale, les usages de drogues vont progressivement apparaître comme des faits culturels mar-

queurs de certains modes de vie et caractérisés par leur diversité fonctionnelle. Cette perspective amène à différencier et à contextualiser les usages, à interroger leur hétérogénéité, leur temporalité, leurs motivations et leurs déterminants. La prise en compte de cette dimension fonctionnelle est désormais essentielle à la compréhension, à l'accompagnement et à la prise en charge adéquate des usages, des usagers et des usagères. En outre, l'usage n'apparaît plus comme uniquement motivé par la recherche de plaisir via la stimulation du circuit de la récompense¹¹ et les usages problématiques sont considérés à juste titre comme minoritaires. La distinction entre « drogue » et « médicament » est désormais particulièrement ténue : mésusages de médicaments prescrits et automédication via des substances interdites s'entremêlent dans les pratiques.

Les défis de demain

Bien qu'on assiste à une réhabilitation progressive de nombreux produits dans la pharmacopée (cannabis, psilocybine, kétamine, MDMA...), la mise en place d'une régulation encadrée de l'usage récréatif de drogues est encore timorée, y compris pour le cannabis, et en particulier sur le territoire européen. Pourtant, les évidences scientifiques de l'inefficacité de la prohibition sur l'offre et la demande de drogues s'accumulent. Son caractère contre-productif sur la santé publique et l'ordre social est également saillant, le trafic générant une économie souterraine démesurée qui attise les convoitises et provoque de plus en plus de violence dans l'espace public.

En préalable de toute réflexion sur la régulation des marchés, l'appel à la décriminalisation du simple usage s'impose comme une nécessité humaniste, dans le sillage de l'expérience portugaise particulièrement convaincante¹² et qui a d'ailleurs récemment fait l'objet d'une proposition similaire en Belgique¹³. Le poids des facteurs socioculturels et des inégalités sociales dans l'étiologie des usages nocifs et des addictions peine à être contrebalancé par un refinancement des politiques publiques relatives à la prévention et à la promotion de la santé. À bout de souffle, le paradigme prohibitionniste reste d'application dans de nombreux pays, dont la Belgique, où les politiques publiques semblent encore trop souvent guidées par des représentations et des certitudes d'une autre époque. ■

10. Dans la plupart des pays, les lois sur les drogues ne s'appliquent qu'à une liste circonscrite de produits. Des entrepreneurs peu scrupuleux ont profité de cette faille pour proposer à la vente de nombreuses molécules découvertes et utilisées dans des contextes de recherche scientifique ou des produits dérivés de drogues classiques. On dénombre plus de 900 molécules de ce type, dont certaines restent relativement accessibles sur internet malgré les tentatives de régulation et d'interdiction.

11. Les finalités psychologiques et sociales pouvant sous-tendre les usages sont nombreuses : intégration sociale, conformisme, réduction du mal-être, amélioration des performances physiques et cognitives, bien-être et développement personnel, restauration de la confiance en soi...

12. I. Obradovic, M. de Saint-Vincent, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*, Observatoire français des drogues et des tendances addictives, 2021.

13. Féda Bxl, *Proposition d'un modèle belge priorisant la santé dans la prise en charge des infractions liées aux drogues*, <https://fedabxl.be>, 2023.

DE LA MÉDICALISATION À LA CRIMINALISATION

Symboles de plaisir et instruments de guérison, les drogues ont pendant longtemps été utilisées à des fins médicales ou récréatives, sans constituer un problème nécessitant une prise en charge sociale. Sous l'influence du droit international, les drogues seront progressivement placées sous contrôle en vue de leur réglementation, donnant naissance à la loi belge du 24 février 1921 qui pose les jalons de la criminalisation d'un certain nombre de comportements entourant l'usage et le trafic des drogues.

Christine Guillain, professeure de droit pénal et de procédure pénale à l'UCLouvain – Saint-Louis Bruxelles, autrice de *Stupéfiants* (Larcier, 2023).

Avant le XX^e siècle, la Belgique, comme d'autres pays européens, ne semble pas confrontée à la consommation de drogues qui reste confinée au monde médical. Le vocable drogue y apparaît de manière parcimonieuse et avec une telle confusion qu'il est difficile de lui attribuer une quelconque signification : on parle tantôt de médicaments, de drogues, de poisons, tantôt de produits toxiques, de substances vénéneuses ou soporifiques. L'extrait de chanvre indien, par exemple, est classé comme médicament et l'herbe de chanvre indien est considérée comme une substance toxique ou un poison. Les quelques réglementations existantes, comme la loi du 12 mars 1818, relèvent du domaine de l'art de guérir et visent avant tout à protéger le consommateur contre les pratiques illégales de la médecine et à assurer la délivrance et la vente de médicaments par des professionnels de la santé. L'usage de drogues n'est jamais abordé en tant que tel et il n'est pas question de sanctionner le consommateur qui se serait procuré des substances en dehors du prescrit légal. La pression du milieu international va cependant amener la Belgique à revoir son arsenal législatif.

La criminalisation des drogues : une conduite dictée par le droit international

Le 1^{er} décembre 1911 se tient à La Haye, à l'initiative des États-Unis, la Conférence internationale « en vue de l'adoption des mesures propres

à amener la suppression progressive de l'abus de l'opium, de la morphine, de la cocaïne, ainsi que des drogues préparées ou dérivées de ces substances ». La Belgique, n'ayant aucun intérêt dans le commerce de l'opium, n'y est pas présente. Tout en reconnaissant que « *les mangeurs et les fumeurs d'opium ne se rencontrent pas dans notre pays* »¹, le gouvernement belge signe la Convention internationale de l'opium du 23 juin 1912 afin de répondre à l'appel international invitant tous les États à lutter contre l'abus d'opium. La ratification de la convention contraint la Belgique à modifier sa réglementation. Elle s'exécute en adoptant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de drogues, appelée communément la « loi sur les stupéfiants », afin de s'aligner sur ses partenaires européens et notamment sur son voisin français. En résulte l'adoption de dispositifs inadaptés à la situation belge, comme en témoigne l'incrimination de l'usage de substances illégales en société ou la facilitation à autrui de l'usage de ces substances en procurant un local, censée lutter contre les fumeries d'opium, inexistantes sur le sol belge. La loi du 24 février 1921 marque un véritable tournant dans la manière d'aborder le phénomène des drogues qui ne relève plus de l'art de guérir, mais vise à lutter contre le trafic de drogues à travers l'incrimination d'un certain nombre de comportements. La détention de substances illégales est dorénavant passible de peines d'emprisonnement. Les peines se veulent dissuasives de façon à « *mettre ces pénalités en*

1. Projet de loi approuvant la Convention internationale de l'opium conclue à La Haye le 23 janvier 1912, Documents parlementaires, Chambre, 1913-1914, n° 7, séance du 12 novembre 1913.
2. Projet de loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, désinfectantes ou antiseptiques, Doc. parl., Ch. repr., sess. 1920-1921, n° 41, séance du 21 décembre 1920.
3. Ch. De Valkeneer, L. Van Ostrive, *Analyse des défaillances du système policier et propositions concrètes concernant la restructuration des services de police, Évaluation des services de police*, Rapport fait au nom de la commission de l'Intérieur et des Affaires administratives (annexe 4), Documents parlementaires, Sénat, 1996-1997, n° 1-700/3.

rapport avec la valeur actuelle de l'argent et la dépravation morale de notre époque » et leur sévérité est dictée par « l'extrême gravité des méfaits de ceux qui se livrent au trafic de ces substances particulièrement nuisibles »².

Si la Belgique s'est dotée d'un dispositif répressif important dès 1921, celui-ci sera très peu mobilisé à l'encontre des usagers de drogues. Deux raisons semblent expliquer cet écart entre les processus de criminalisation primaire et secondaire. D'une part, la Belgique semble plus préoccupée par les troubles sociaux et politiques qui la secouent dans les années 1920. Comme le soulignent Christian de Valkeneer et Lode Van Outrive : « De ce fait, on s'intéresse beaucoup plus au maintien de l'ordre public et au contrôle politique qu'à la lutte contre la criminalité. »³ D'autre part, au moment de la construction de l'interdit pénal en matière de drogues, le problème de la drogue n'est pas associé dans les discours politiques aux questions de sécurité et de délinquance. C'est davantage l'alcoolisme qui fait office de problème majeur et pas l'usage de drogues. Conformément aux objectifs des conventions internationales que la Belgique vient de souscrire, l'application du dispositif juridique en matière de drogues sera réservée aux professionnels de la santé dans l'optique de contrôler le commerce intérieur des substances. Quand répression il y a, c'est bien plus le corps médical que l'utilisateur qui en fait les frais : médecins et pharmaciens sont ainsi poursuivis pour « entretien de toxicomanie ». Et si l'utilisateur de drogues fait parfois la rencontre des autorités judiciaires, c'est plus au titre de la défense sociale et de la dangerosité potentielle que trahit son comportement qu'en raison d'une infraction à la loi pénale. Certains usagers seront ainsi internés ou colloqués dans des établissements spécialisés, ce qui témoigne à nouveau de la médicalisation, à l'époque, de comportements jugés déviants ou portant atteinte à la moralité et à la sécurité publiques.

Les années 1960 et 1970 : un contexte favorable à la répression

Après une éclipse du problème « légal » de la drogue pendant plus de quarante ans, la question revient progressivement à l'agenda politique dans les années 1960 et surtout dans les années 1970, qui connaissent le renfor-

cement du dispositif répressif envers les drogues. Comme la plupart des pays européens, la loi belge du 9 juillet 1975 s'inscrit dans un contexte international et transpose, en droit belge, les conventions des Nations unies en matière de drogues, soit la Convention unique sur les stupéfiants du 30 mars 1961⁴ et la Convention sur les substances psychotropes du 21 février 1971⁵. La loi de 1975 introduit diverses innovations afin « d'atteindre avec plus d'efficacité les modalités nouvelles de la délinquance en ce domaine »⁶ et l'introduction de peines « extrêmement spectaculaires »⁷ sont justifiées par « les développements inquiétants du trafic des drogues et l'usage qui en est fait dans notre pays »⁸. Il ne faudrait cependant pas surestimer le poids des conventions internationales. Adoptée quatorze ans plus tard que la Convention de 1961, la loi de 1975 traduit aussi l'inquiétude croissante de la classe politique face à la hausse de consommation de drogues, particulièrement du cannabis. Dans le contexte des luttes sociales et politiques qui secouent la Belgique dans les années 1970, la drogue est associée à une contre-culture de la jouissance et de la contestation et le renforcement du dispositif répressif semble avant tout répondre à un souci croissant de maintien de l'ordre social et de restauration des valeurs. L'application progressive de la loi sur les drogues sera concomitante de sa mise en cause : un peu partout en Europe, on questionne la pertinence de sanctionner les usagers et l'utilité de les mettre en prison, pour prôner une approche davantage multidisciplinaire. Ces questionnements ne déboucheront pas nécessairement sur des politiques de dépénalisation de la réaction sociale et peuvent même être perçus comme des tentatives de légitimation de l'interdit pénal, débouchant sur une logique hybride, actuellement toujours présente : on hésite entre la figure d'un usager de drogues « coupable », justifiant le renforcement du dispositif répressif, et celle d'un usager « malade », nécessitant une prise en charge médicale. Par ailleurs, la mise en place de dispositifs thérapeutiques, loin de se substituer à la sanction pénale, vient plutôt s'y superposer, conduisant à l'extension du filet pénal.

Le renforcement du dispositif répressif semble avant tout répondre à un souci croissant de maintien de l'ordre social.

4. La Convention sur les stupéfiants vise à placer sous contrôle international les substances d'origine naturelle que sont notamment la feuille de coca, le pavot à opium et le cannabis, en limitant leur usage, production, fabrication et commerce aux besoins médicaux et scientifiques.
5. La Convention sur les psychotropes a pour but d'appliquer le système de contrôle instauré par la Convention sur les stupéfiants aux substances psychotropes comme les hallucinogènes ou les amphétamines.
6. Projet de loi modifiant la loi du 24 février 1921, Documents parlementaires, Sénat, 1970-1971, n° 290.
7. Projet de loi modifiant la loi du 24 février 1921, Annales parlementaires, Sénat, 1974-1975, séance du 12 juin 1975.
8. Projet de loi modifiant la loi du 24 février 1921, Documents parlementaires, Sénat, 1970-1971, n° 290.

Les années 1990 : l'usage de drogues au cœur des politiques sécuritaires

La question des drogues s'invite à nouveau dans les débats politiques dans les années 1990, notamment à la suite des déclarations du député Patrick Moriau en faveur de la dépénalisation du cannabis, et débouchera sur la création en 1996 d'un groupe de travail parlementaire chargé d'étudier la problématique de la drogue.

C'est toujours à l'intérieur du cadre pénal que se déploient les politiques dites alternatives.

Considérant que la justice ne peut ni ne doit être le seul instrument de régulation sociale et qu'il n'est ni utile ni efficace de vouloir tout régler par la voie pénale, le groupe de travail estime que l'usage de drogues ne constitue pas en soi un motif justifiant une intervention répressive sauf si l'intéressé a commis des infractions qui perturbent l'ordre social⁹.

Les conclusions ne débouchèrent cependant pas sur une modification législative, mais sur l'adoption de directives de politique criminelle qui caractérisent, encore aujourd'hui, la gestion du contentieux des drogues. Dans le contexte des années 1990 où l'usager de drogues apparaît comme une des principales figures de l'insécurité, la Belgique fait le choix, comme d'autres pays européens, de ne pas toucher aux incriminations légales pour se contenter d'aménager la politique des poursuites. L'interdit pénal reste de mise, même si les acteurs de terrain sont invités à faire preuve de tolérance, à tout le moins à l'encontre des usagers de cannabis.

Les conclusions ne débouchèrent cependant pas sur une modification législative, mais sur l'adoption de directives de politique criminelle qui caractérisent, encore aujourd'hui, la gestion du contentieux des drogues. Dans le contexte des années 1990 où l'usager de drogues apparaît comme une des principales figures de l'insécurité, la Belgique fait le choix, comme d'autres pays européens, de ne pas toucher aux incriminations légales pour se contenter d'aménager la politique des poursuites. L'interdit pénal reste de mise, même si les acteurs de terrain sont invités à faire preuve de tolérance, à tout le moins à l'encontre des usagers de cannabis.

L'usage de drogues au XXI^e siècle : encore et encore une priorité de politique criminelle

Si aujourd'hui la drogue ne constitue plus la préoccupation majeure des politiques répressives, elle n'en reste pas moins inscrite à l'agenda politique au nom d'une association entre usage de drogues et insécurité qui ne disparaît pas. Ceci explique que, même si un discours de tolérance peut émerger à l'égard de l'usage de certaines substances, même si se profile le souci de réduire les risques sanitaires liés à l'usage clandestin de substances illicites, c'est toujours

à l'intérieur du cadre pénal que se déploient les politiques dites alternatives. Et force est de constater sur le terrain que la lutte contre les drogues constitue encore une priorité de politique criminelle faisant des drogues un contentieux alimentant régulièrement les cours et tribunaux. Les drogues se classent ainsi, dans les statistiques policières, dans le top cinq des infractions après le vol, les dégradations contre la propriété, les infractions contre l'intégrité physique et bien avant les infractions en matière de fraude et les infractions contre la sécurité publique¹⁰. La détention de drogues reste par ailleurs une cible prioritaire pour la police, ce qu'elle confirme régulièrement dans ses rapports sur les tendances en matière de criminalité : « *Les faits de détention et de commerce de drogues [...] se maintiennent à ce nombre élevé. Étant donné que les drogues sont un phénomène typique de criminalité quérable¹¹, cela signifie que la police continue en permanence à consacrer une forte attention à ce phénomène.* »¹² Le même constat est posé par l'asbl Eurotox : la majorité (environ 74 %) des infractions enregistrées au niveau national ainsi qu'en région bruxelloise en 2019 concernait des faits de détention. Une tendance similaire est posée au sein de l'Union européenne. Une étude de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies relève que les infractions à la législation sur les drogues signalées au sein de l'Union européenne connaissent une progression de presque un quart (24 %) depuis 2009 ; la plupart de ces infractions (82 %) concernent la consommation ou la possession de drogue pour usage personnel et le cannabis représente les trois quarts des infractions de consommation ou de possession pour lesquelles la drogue est connue.

Les statistiques du Conseil de l'Europe nous enseignent par ailleurs que plus de la moitié de la population pénitentiaire belge est incarcérée pour des faits de drogues. Alors que la moyenne européenne tourne autour des 19 %, la Belgique occupe le haut du podium¹³. L'occasion nous est ainsi donnée de rappeler – contrairement à ce que d'aucuns voudraient nous faire croire – que nous sommes loin d'une situation d'impunité et que les prisons – au demeurant surpeuplées – regorgent de personnes condamnées sur la base d'une loi vieille de plus de cent ans. ■

9. Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue, Documents parlementaires, Chambre, 1996-1997, n° 1062/1-2-3, 5 juin 1997.

10. *Statistiques policières de criminalité, 2000-2018*, Police fédérale-DGR/DRJ/BIPOL, 2018, www.stat.policefederale.be.

11. On parle de criminalité quérable lorsque les services de police recherchent (pro) activement certains faits (plus on cherche, plus on trouve), ce qui signifie que les statistiques ne reflètent pas la criminalité réelle, mais uniquement l'activité des autorités policières.

12. *Statistiques policières de criminalité, Tendances 2017-2018*, op. cit.

13. *Prisons and Prisoners in Europe 2022: Key Findings of the SPACE I survey*, Council of Europe, 2023: <https://wp.unil.ch>.

Un modèle pour soigner plutôt que punir

La Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et d'addictions (fedabxl.be) propose l'ébauche d'une filière social-santé complémentaire au cadre pénal actuel¹, avec la volonté de remettre la santé au cœur de la politique drogues menée en Belgique, inspirée partiellement du modèle portugais.

Concrètement, la proposition est de mettre en place un parcours qui présente plusieurs options lorsque des services de police ou autres interpellent une personne en flagrant délit de détention ou de consommation de drogues. Les substances non réglementées, illégales, feraient l'objet d'une saisie, comme c'est le cas actuellement, mais ensuite les services de police opéreraient un tri entre deux filières. En fonction des quantités saisies et de la présence ou non de circonstances aggravantes, les personnes seraient orientées vers la filière social-santé² ou vers la filière judiciaire. Le cannabis serait exclu de ce modèle, car il paraît nécessaire d'envisager de réglementer son marché et d'exclure toute forme de sanctions pour la simple détention de ce produit³.

La filière social-santé

Une commission locale drogues et addictions serait le principal organe de cette filière. Il pourrait y en avoir une par province ou par arrondissement judiciaire et elle pourrait être composée, par exemple, d'un ou une travailleuse spécialisée en drogues et addictions, d'un ou une assistante sociale, d'un ou une psychologue et/ou d'un ou une avocate.

Si la personne est interpellée pour la première fois, la commission procède à un rappel à la loi et lui communique des informations de prévention et de réduction des risques adaptées à la substance avec laquelle elle a été appréhendée. Elle propose la prise de contact avec des services locaux. Si ce n'est pas la première fois que la personne est interpellée, la commission la convoque à une audition, qui évalue de manière globale dans quelle mesure celle-ci rencontre ou présente des risques de rencontrer, en rai-

son de sa consommation, des problèmes sociaux, judiciaires et/ou de santé. En fonction de cette évaluation, la commission dispense des conseils de prévention et de réduction des risques ou oriente la personne vers un parcours de soin.

Filière judiciaire

Lorsque la personne appréhendée est suspectée, pour diverses raisons, d'un délit de droit commun, le parcours prend un caractère judiciaire comme c'est le cas actuellement. Si le délit est lié de près ou de loin à une consommation personnelle problématique et que la résolution de celle-ci permettrait de prévenir une éventuelle récidive et/ou pourrait être un facteur décisif de réinsertion, le parquet peut orienter la personne vers une chambre de traitement de la toxicomanie (CTT)⁴. Dans le cas où le délit n'est pas lié à une consommation personnelle problématique, la personne appréhendée comparaitra devant un tribunal correctionnel classique.

On ne soigne pas par la sanction

Ce modèle de gestion des infractions à la loi de 1921 (hors cannabis), par le biais de deux filières parallèles, favorise une approche basée sur la santé et préserve la liberté de l'individu tant que celui-ci n'a pas porté atteinte à autrui ou présenté un comportement criminel. Cependant, il réprime la criminalité tout en laissant une chance au prévenu de s'attaquer, le cas échéant, à l'une des causes importantes de son comportement. Il reste néanmoins ferme lorsqu'il n'y a pas d'autre issue. Quant aux personnes aux prises avec une consommation abusive ou une addiction, elles doivent avant tout être soutenues, accompagnées et soignées plutôt que pénalisées financièrement⁵, voire pire. C'est exactement à cela que s'emploie le modèle ici proposé. ■

Alexis Jurdant, chargé de projets à la Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (Féda bxl).

1. Féda bxl, *Proposition d'un modèle belge priorisant la santé dans la prise en charge des infractions liées aux drogues*, mai 2023, <https://fedabxl.be>.
2. Actuellement environ 10 000 faits de détention (hors cannabis) sont enregistrés par an par la police, selon le Tableau de bord 2023 d'Eurotox, et pourraient potentiellement être traités par une filière social-santé.
3. Féda bxl, *Pour une réglementation du cannabis en Belgique*, 2023.
4. Chambre du tribunal de première instance qui se concentre non seulement sur les infractions commises, mais aussi sur les problèmes sous-jacents (en cours de déploiement dans plusieurs arrondissements judiciaires du pays).
5. Ce modèle ne prévoit pas d'amende dans la filière social-santé. Les amendes ont un effet discriminatoire et inégalitaire, étant appliquées de manière fort disparate d'un quartier, d'une commune ou d'un arrondissement judiciaire à l'autre.

ALCOOL : LA FICTION DE LA MODÉRATION

L'alcool est un problème de santé publique. Les campagnes de prévention se heurtent pourtant aux freins majeurs que sont l'ancrage culturel de ces produits et les stratégies de marketing des producteurs.

Marinette Mormont, membre de la rédaction de *Santé conjugulée*.

Sa consommation a un impact négatif sur la santé, même à faible dose.

Dry January, Tournée minérale, Défi de janvier : originaire du Royaume-Uni, où l'on pratique le mois sans alcool depuis 2013, le concept s'est répandu dans plusieurs pays. En Belgique, la Tournée minérale touche chaque année de 16 à 23 % de la population adulte. « *La force de cette campagne, c'est qu'elle est positive. On ne dit pas "arrêtez de boire", mais "faites une pause" pour réfléchir à votre rapport avec le produit,* explique Martin De Duve, alcoologue et directeur de l'asbl de promotion de la santé Univers Santé. *Et on met en avant les bienfaits d'une pause à court, moyen, et long terme.* » Des bénéfices multiples au rang desquels figurent un regain d'énergie, un meilleur sommeil et une meilleure santé mentale. Mais

les plus notables d'entre eux sont la reprise de contrôle sur une consommation qui s'est pour beaucoup automatisée au fil du temps, ainsi que la diminution de celle-ci durant les mois qui suivent l'interruption.

Pas d'alcool sans risques

L'alcool, drogue culturelle de nos sociétés, jouit d'une image positive associée à la fête, la convivialité, la désinhibition, à tel point que la sobriété est souvent vue d'un mauvais œil. Il est pourtant à l'origine de nombreuses pathologies (divers cancers¹ et maladies cardiovasculaires) et la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac (environ 10 % des décès lui seraient attribués directement ou indirectement²).

La mise en lumière des risques liés à l'alcool, longtemps sous-estimés, a entraîné une constante révision à la baisse des repères évo-

qués pour « une consommation à moindre risque » (10 unités d'alcool par semaine, avec des jours d'abstinence). Les dommages liés à l'alcool sont dose-dépendants : ils croissent à mesure que les quantités ingérées augmentent³. Et, contrairement à ce qui est encore couramment véhiculé, sa consommation a un impact négatif sur la santé même à faible dose. Souvent mis en avant, les gains pour la santé cardiovasculaire d'une faible consommation d'alcool sont largement contrebalancés par les autres risques, ont ainsi établi les auteurs d'une vaste analyse publiée dans *The Lancet* en 2018⁴.

« *Si ce n'est pas la drogue la plus addictogène, c'est bien la plus dure* », évalue Éric Paquet, l'un des responsables de la cellule alcoologie de la Société scientifique de médecine générale (SSMG) : « *Son impact sur la santé individuelle et publique est le plus grand en termes de conséquences somatiques, psychosociales et sociales.* »

Lobbies à tous les étages

La prévention continue pourtant de se heurter à de nombreux obstacles. Parmi eux, les freins culturels – la bière en Belgique et le vin en France sont reconnus comme « patrimoine immatériel de l'humanité » à l'Unesco –, mais aussi les stratégies intensives et variées de lobbying du secteur des alcooliers.

L'industrie ne ménage pas ses efforts pour stimuler la vente de ses produits. Première tactique déployée : le financement d'études pseudoscientifiques sur les « bienfaits » de l'alcool. C'est ce qu'explique Myriam Savy, directrice plaidoyer de l'Association Addictions France : « *Chaque fois qu'une nouvelle étude scientifique paraît, une "contre-étude" financée par le privé est publiée* », ses résultats percolent alors dans de nombreux

1. Cancer colorectal, de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie et du sein.
2. En Belgique, l'alcool est la 4^e cause de mortalité et de diminution de la qualité de vie chez les personnes âgées de 15 ans et plus. En 2018, 5,4 % de l'ensemble des décès étaient estimés liés à l'alcool. Un chiffre qui ne tient pas compte des décès directs et indirects liés à la consommation nocive d'alcool (10,5 %, ou environ 10 000 décès par an étant plus proche de la réalité), www.ssmg.be.

médias plus ou moins indépendants, faisant concurrence à ceux des travaux scientifiques.

Les lobbyistes s'appuient aussi sur leurs nombreux relais politiques pour édulcorer les actions de santé publique. En témoigne, en France, le torpillage de la dernière campagne Défi de janvier, dont le soutien institutionnel a été annulé sous l'influence de la filière viticole. « *Les politiques s'approprient le langage des lobbies du vin sous couvert de défendre le patrimoine, le terroir et les exportations, et de soutenir les 500 000 emplois en France dans le secteur. Tous les départements ont des vignobles et les parlementaires qui osent s'attaquer à cette problématique sont très minoritaires* », analyse Myriam Savy. On sait aussi le président Macron très proche d'Audrey Bourolleau. Déléguée générale de Vin et Société, qui regroupe l'ensemble de la filière de la vigne, cette dernière avait intégré son cabinet à l'Élysée en tant que conseillère agriculture et développement rural⁵.

Même constat en Belgique, où l'on a vu avorter plusieurs tentatives d'adoption d'un Plan Alcool. « *Derrière tout cela, un lobbying intense a permis de tellement affaiblir les propositions initiales que les partis les plus volontaristes finissaient par claquer la porte* », se remémore Martin De Duve. En 2013, on y voit la main de Sven Gatz. Membre de l'Open Vld, Sven Gatz était aussi directeur de la Fédération des brasseurs belges. Il sera le promoteur de l'idée du Belgian Beer World, temple de la bière consacré à la culture brassicole installé dans le bâtiment de la Bourse, à Bruxelles, et financé à l'aide de 90 millions d'euros de fonds publics régionaux, fédéraux et européens, selon Inter-Environnement Bruxelles⁶.

Dix ans plus tard, les négociations ont certes fini par aboutir, mais le Plan interfédéral qui a vu le jour en avril 2023 laisse au secteur associatif un goût amer. « *Le MR a systématiquement botté en touche pour que, de toutes les mesures envisagées, ne restent que des mesurètes, comme l'interdiction de la vente d'alcool dans les hôpitaux – sauf en cafétéria – ou le long des autoroutes entre 22 heures et 7 heures* », poursuit Martin De Duve. Hasard ou pas ? Le chef de cabinet de Georges-Louis Bouchez, Axel Miller, est aussi membre du conseil d'administration de Duvel et de... Spadel. « *Il n'est donc pas étonnant que la proposition de gratuité de l'eau dans l'horeca ne soit pas passée non plus...* »

Le marketing de la modération

C'est aussi en s'immisçant dans les messages de prévention que les alcooliers réussissent à brouiller les cartes. « *Ils donnent l'image d'être soucieux de la santé des consommateurs pour être entendus par les pouvoirs publics* », résume Myriam Savy. En France, Vin et Société a réussi à s'infiltrer dans 800 écoles pour proposer des « éducations au goût ». « *Ils mettent en avant le vin comme faisant partie de notre héritage culturel. Est-ce que, aujourd'hui, il viendrait à l'idée des écoles d'aller visiter des champs de tabac ?* »

Prévention et Modération, association d'industriels de la bière, des spiritueux et des vins d'apéritifs, a quant à elle signé en 2021 un partenariat avec la Fédération française des banques alimentaires pour « former les bénévoles à la consommation responsable et à la prévention des comportements à risque ». « *C'est du healthwashing, commente l'Association Addictions France. Le but de ce type d'initiative : montrer que les alcooliers mènent des actions de prévention et ainsi être légitimés dans une activité de lobbying sur les politiques de santé. Pari gagné : Emmanuel Macron a annoncé lors du Salon de l'Agriculture 2023 que la filière sera contributrice des plans politiques liés à la santé.* »⁷

En Belgique, cette stratégie s'est notamment dessinée à travers l'apparition, il y a trente ans, d'une nouvelle figure de prévention routière, « Bob ». Cette campagne « contre les modes de consommation inadaptés » doit son succès au soutien de la Fédération des brasseurs belges. Mais si Bob protège en effet des vies, il permet aussi à ses comparses de virées de boire comme des trous.

C'est bien là que réside toute l'hypocrisie du marketing des alcooliers. Se targuant de décourager la consommation de certains segments de la population (conducteurs, femmes enceintes, jeunes et consommateurs excessifs), ils prônent pour les autres une consommation « modérée et responsable » basée sur « la convivialité et le plaisir ». En ne visant que ces publics spécifiques, on fait oublier que « *les risques touchent tous ceux qui boivent de l'alcool et que, pour diminuer le nombre de personnes alcoolodépendantes, on doit d'abord viser une baisse de la consommation dans la population générale* », indique Myriam Savy.

« Si ce n'est pas la drogue la plus addictogène, c'est bien la plus dure. »

3. M. Reynaud, « Alcool : ces 20 % de consommateurs qui font le bonheur des alcooliers », *The Conversation*, 19 février 2019, <https://theconversation.com>.
4. GBD 2016 Alcohol Collaborators, "Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *Lancet*, 2018 Sep 22.
5. S. Horel, « Une lobbyiste du vin au cœur du quinquennat et de la campagne électorale d'Emmanuel Macron », *Le Monde*, 21 mars 2022.
6. « Quand Bruxelles (em)brasse les touristes », *Bruxelles en mouvement*, IEB, septembre 2023, www.ieb.be.
7. B. Basset et al. « Observatoire sur les pratiques de l'alcool », rapport 2022, Association Addictions France, <https://addictions-france.org>.

Le consommateur responsable

Le slogan « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse », maître-mot de la modération, occupe une place de choix sur les étiquettes et dans les publicités pour l'alcool en Belgique. Si l'étiquetage des boissons alcoolisées doit en théorie répondre au droit des consommateurs d'être informés sur ce qu'ils boivent (ingrédients, unités d'alcool, effets nocifs par exemple), il n'en est rien. Jusqu'à aujourd'hui.

Petit rétroacte. En 2005, le ministre de la Santé Rudy Demotte faisait savoir son souhait de réglementer les publicités en matière d'alcool. En réponse, le secteur proposait de s'autoréguler. Une première « convention en matière de conduite et de publicité des boissons contenant de l'alcool » était alors signée par les fédérations de producteurs, de la distribution et de la restauration, les associations de consommateurs et le Jury d'éthique publicitaire, imposant sur les supports publicitaires le « slogan éducatif » que nous connaissons.

À la faveur du Plan Alcool, cette mention doit disparaître au profit d'une « communication sanitaire fondée sur des données scientifiques probantes ». Mais une nouvelle fois, les alcooliers ont pris les devants. Alors que le Conseil supérieur de la santé s'apprête à publier un avis sur les avertissements sanitaires les plus pertinents, les producteurs viennent de communiquer⁸ l'application d'un nouveau message inspiré de celui utilisé en France : « L'abus d'alcool nuit à la santé »⁹.

En diffusant le concept de modération et de son contre-pied, l'abus, la responsabilité d'une consommation problématique est placée sur les épaules du consommateur plutôt que sur la nocivité du produit. « Plus que le comportement individuel, c'est aussi l'environnement qui pousse à la malbouffe, à la surconsommation d'écrans et d'alcool », rappelle le directeur d'Univers Santé.

Agir sur les déterminants de la santé

Avec plus de 11 litres d'alcool pur ingurgités en moyenne par habitant sur une année¹⁰ et avec un Belge sur sept qui présente des signes de consommation problématique¹¹, notre pays se situe au-dessus de la moyenne européenne, celle-ci étant déjà largement supérieure à la moyenne mondiale. On évalue le coût social et sanitaire de ces mésusages à 4,2 milliards par an¹².

Une politique publique en matière de consommation d'alcool doit viser un double objectif de prévention et de prise en charge. Du côté des professionnels de santé, les médecins généralistes « doivent s'impliquer davantage, notamment au niveau du repérage précoce », recommande Éric Paquet, de la SSMG. « Car pour un patient dépendant en lien thérapeutique, il y en a neuf autres qui sont dans la nature. Les délais moyens d'établissement d'un lien thérapeutique sont de dix-sept ans. Par ailleurs, 50 % des gens qui décèdent de l'alcool ne sont pas des gens dépendants. Il faut donc sensibiliser les médecins à la distinction entre buveurs à risque, nocifs et dépendants. » Or, si la problématique du tabac est couramment mise sur la table par les médecins, l'alcool reste insuffisamment abordé dans les consultations, et cela pour de multiples raisons : une formation insuffisante, la nécessité d'un temps long pour l'accompagnement des personnes avec des troubles d'usage d'alcool et des consultations trop courtes dans un contexte de pénurie de soignants. « Certaines professions sont aussi plus exposées aux risques de consommation d'alcool. Les médecins en font partie. Cela peut les amener à minimiser la consommation de leurs patients », ajoute Éric Paquet.

Quant à la prévention générale, il faut la penser beaucoup plus en amont, estime Martin De Duve. Et d'évoquer le modèle islandais¹³ qui, depuis une trentaine d'années, s'est appuyé sur la modification des facteurs sociaux et environnementaux (accès aux activités sportives, qualité du temps passé avec les parents, amélioration de l'environnement scolaire) pour faire évoluer à la baisse la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances chez les jeunes. « Les résultats sont impressionnants. Il faut travailler l'ensemble des déterminants de la santé et pas uniquement les symptômes. »

Une politique de prévention, pour être efficace, doit aussi au préalable être associée à des mesures structurelles d'encadrement de l'offre (diminution de l'accessibilité physique et financière) et d'interdiction de la publicité (en ce compris sur internet et les réseaux sociaux). « Il y a en Belgique une hyperlibéralisation du marché de l'alcool et une hyperprohibition des autres substances. Ce qu'il faut, c'est une politique de santé publique qui se trouve entre les deux, avec un État régulateur fort », conclut Martin De Duve. ■

8. Jom, « Zeg niet langer 'Ons vakmanschap drink je met verstand', zeg 'Alcoholmisbruik schaadt de gezondheid' », *De Standaard*, 27 février 2024.
9. En France, le message « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » est obligatoire sur toutes les étiquettes, selon la loi Evin de 1991. Il a pourtant été subrepticement adouci sous la pression des lobbies par l'ajout des quelques mots « à consommer avec modération ».
10. Plus de 17 litres pour les hommes et plus de 5 litres pour les femmes durant les années 2016-2018, www.who.int.
11. S. Gisle et al., *Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool*, Sciensano, www.enquetesante.be.
12. L. Annemans, « Uitwerken van een methodiek voor de evaluatie van het drugbeleid in België, in de sector gezondheid », UGent, <https://belspo.be>.
13. Voir C. Guiheneuf, « Prévention des assuétudes : Une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de transférabilité au contexte belge », UCLouvain/IRSS-RESO, février 2024, <https://cdn.uclouvain.be>.

VAPOTER POUR NE PLUS FUMER ?

En 2004, un pharmacien chinois a mis au point un nouveau système de délivrance de nicotine permettant de contourner la problématique de la combustion qui engendre la production de goudrons et de monoxyde de carbone, principaux responsables des maladies cardiovasculaires et pulmonaires. Cette alternative à la cigarette classique est appelée eCigarette, cigarette électronique, vapoteuse ou vape.

Adrien Meunier et Marie-Christine Servais, tabacologues au CHR de la Citadelle Liège, et **Cédric Migard**, responsable de projet au Fonds des affections respiratoires (FARES).

Le commerce de l'eCigarette connaît un essor en Belgique à partir de 2016 suite à l'application de la directive européenne marquant sa libéralisation. L'explosion de l'usage de la vapoteuse ainsi que sa place en tant que dispositif de réduction des risques – voire d'outil d'aide à l'arrêt du tabagisme – ont entraîné une diminution du chiffre d'affaires de l'industrie du tabac dont la réaction fut de mettre en place de nouvelles stratégies, notamment le rachat ou la production de produits électroniques et l'élaboration d'un nouvel arsenal marketing.

Fonctionnement et composition de l'eCigarette

La vapoteuse est constituée d'une batterie, d'une résistance en contact avec l'eLiquide et d'un embout buccal. Le principe est similaire pour tous les modèles. La batterie chauffe la résistance qui, en contact avec l'eLiquide, le transforme en vapeur inhalée par le consommateur. L'eLiquide est composé de glycérine végétale et de propylène glycol, des produits que l'on retrouve entre autres dans les cosmétiques. Chauffés à des températures inférieures à 200 degrés, ces composés sont transformés en vapeur. Il n'y a donc ni combustion ni production de fumée. Notons également la présence d'arômes alimentaires pour apporter un goût plaisant, d'eau pour fluidifier le liquide et éventuellement de nicotine à divers taux.

Et la toxicité ?

Un poumon est naturellement conçu pour respirer de l'air. Toute autre substance inhalée est donc potentiellement nocive. Cependant, pour un fumeur qui aspire une fumée composée de plus de 7 000 substances toxiques et/ou cancérigènes issues de sa cigarette combustible, in-

haler de la vapeur semble préférable en termes de réduction des risques...

Le ministère de la Santé anglais a publié en 2015 un résumé des études portant sur la toxicité des eCigarettes : vapoter serait au moins 95 % moins nocif que fumer¹. En 2022, il a mis à jour les résultats : à court et moyen terme, le vapotage représente une petite fraction des risques du tabagisme. Vapoter n'est pas sans risque, surtout pour les personnes qui n'ont jamais fumé. Les preuves sont néanmoins principalement limitées aux effets à court et moyen terme ; des études évaluant le vapotage à plus long terme (plus de douze mois) sont nécessaires². D'autres études stipulent quant à elles qu'un eLiquide chauffé à forte température entraîne la production de formaldéhyde (cancérigène) et d'acroléine (toxique)³.

Il existe des milliers d'arômes sur le marché⁴. Les plus sucrés contiennent plus d'additifs aromatisants que les arômes de tabac et de menthol⁵. De plus, la chauffe des liquides à saveurs sucrées entraînerait la formation de furanes toxiques⁶.

L'eCigarette, efficace dans le cadre d'un sevrage ?

La revue *Cochrane* de janvier 2024 mentionne que les vapoteuses avec nicotine augmentent les taux d'arrêts par rapport aux substituts nicotiques⁷. Le dosage juste de nicotine est évidemment un paramètre déterminant afin d'éviter les symptômes de manque ainsi qu'un comportement compensatoire qui se marquerait par une quantité plus importante d'eLiquide inhalé⁸.

Il existe deux types de nicotine pour les eCigarettes : la nicotine libre et les sels de nicotine. Les sels de nicotine, moins irritants en bouche, permettent par ailleurs une délivrance de nicotine au cerveau fort semblable à celle d'une ci-

1. A. McNeill et al., *E-cigarettes: an evidence update*, report commissioned by Public Health England, 2015.
2. *Nicotine vaping in England: 2022 evidence update main findings*, www.gov.uk.
3. R. Dusautoir et al., « Comparaison de la composition chimique des aérosols des produits du tabac chauffés, des cigarettes électroniques et des cigarettes de tabac et de leurs effets toxiques sur les cellules épithéliales, bronchiques, humaines », BEAS-2B cells, *Journal des Matériaux dangereux* Vol. 401, 5 janvier 2021.
4. EJZ Krüseemann et al., "An E-Liquid Flavor Wheel: A Shared Vocabulary Based on Systematically Reviewing E-Liquid Flavor Classifications in Literature", *Nicotine Tob Res*, 2019 Oct ; 21 (10).
5. CD Czoli et al. "Identification of flavouring chemicals and potential toxicants in eCigarette products in Ontario, Canada", *Can J Public Health* 2019;110.

6. S. Soussy et al.,
“Detection of
5-hydroxymethylfurfural
and furfural in the aerosol
of electronic cigarettes”,
Tob Control 2016;25.
7. N. Lindson et al.,
“Electronic cigarettes
for smoking cessation”,
*Cochrane Database of
Systematic Reviews*, 2024.
8. L. Kosmider et al.,
“Compensatory puffing
with lower nicotine
concentration e-liquids
increases carbonyl
exposure in E-cigarette
aerosols”, *Nicotine Tob Res*,
2018;20(8).
9. VV Gholap et al.,
“Nicotine forms: why
and how do they matter
in nicotine delivery from
electronic cigarettes?”
Expert Opin Drug Deliv.,
2020;17.
10. OMS, *Tabac : cigarettes
électroniques, Q&R*,
19 janvier 2024,
www.who.int.
11. Résultats complets sur
www.aideauxfumeurs.be.
12. Résultats complets sur
<https://cancer.be>.
13. F. Musso et al.,
“Smoking and impacts
on prefrontal attentional
network function in
young adult brains”,
Psychopharmacologie,
2007;191(1).
14. Cigarette électronique :
évolution, avis du Conseil
supérieur de la Santé, CSS
n° 9549, juin 2022.

garette combustible. Bien que cela apparaisse particulièrement problématique dans le cas d’une consommation par un non-fumeur étant donné leur caractère plus addictif que la nicotine libre, ils sont en revanche particulièrement adaptés pour les patients fumeurs très nicotino-dépendants qui souhaitent arrêter de fumer sans signes de sevrage⁹.

Pour un sevrage, il est important de choisir une eCigarette qui ne chauffe pas trop le liquide afin d’éviter la production d’acroléine et de formaldéhyde, des eLiquides pas trop sucrés afin d’éviter la production de furanes toxiques et de limiter le nombre d’additifs aromatisants, de même que le bon dosage de nicotine afin d’éviter tout symptôme de manque.

Lors d’un arrêt tabagique, les substituts nicotiques seront utilisés en première intention, et le bupoprion ou la varénicline (indisponible pour l’instant en Belgique) en deuxième intention. La eCigarette sera envisagée seulement dans certains cas, de préférence en combinaison avec un substitut nicotinique et seulement si les autres méthodes se sont révélées inopérantes. De plus, comme le recommande entre autres l’Organisation mondiale de la Santé, on évitera la vapoteuse chez les femmes enceintes et chez les jeunes¹⁰. Pour information, il existe depuis 2019 des consultations spécifiques à la vapoteuse au centre d’aide aux fumeurs de l’hôpital de la Citadelle de Liège.

Les jeunes face au vapotage

La délivrance de nicotine par les sels de nicotine dans les cigarettes électroniques de dernières générations étant très semblable à celle d’une cigarette combustible, les entreprises cigarettières ont vu là un moyen de compenser la baisse des ventes du tabac classique et ont commencé à investir dans ces nouveaux produits, les présentant comme « plus responsables », « à risque réduit » et destinés aux fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. Leur objectif annoncé était de remplacer le tabac fumé par un produit « plus sûr », mais leur stratégie commerciale nous pousse à nous interroger sur le public réellement visé.

Le cas des puffs – les eCigarettes jetables apparues en 2019 – pose particulièrement question. La promotion qui en est faite par des influenceurs sur les réseaux sociaux (dont TikTok utilisé surtout par des ados et préados), leur prix

démocratique, leur facilité d’utilisation (prêtes à l’emploi), leur format compact, leur design tendance et la panoplie d’arômes très attractifs (barbe à papa, bubble-gum, fruits, etc.) participent à favoriser l’initiation des jeunes en créant un appel et en diminuant la perception des risques.

Une enquête sur l’utilisation de la puff a été menée par le FARES entre le 10 et le 25 juin 2022 auprès de 259 jeunes âgés de 11 à 24 ans¹¹ : 65 % d’entre eux connaissaient la puff ; 60 % identifiaient les points de vente (night shop, internet, réseaux sociaux...) et 90 % des utilisateurs en appréciaient le goût, l’odeur et la variété des arômes. La Fondation contre le cancer a également réalisé une enquête sur les jeunes et le vapotage en 2023¹² : 86 % des quinze-vingt ans qui vapotaient utilisaient les puffs et 72 % des jeunes de la même tranche d’âge qui vapotaient utilisaient principalement des produits contenant de la nicotine. D’après cette enquête, le vapotage pourrait être un tremplin majeur vers le tabagisme chez les jeunes. La plupart des puffs étant composées de sels de nicotine hautement addictifs, les jeunes risquent de devenir plus rapidement dépendants, la nicotine ayant en outre un impact négatif sur les cerveaux en développement¹³.

Quelles recommandations ?

Le Conseil supérieur de la Santé (CSS) a publié en juin 2022 des recommandations par rapport à l’eCigarette¹⁴ : elle n’est pas sans risque, mais elle est considérée comme moins nocive qu’une cigarette classique. Elle peut être utilisée comme aide au sevrage tabagique. Par contre, elle est déconseillée pour les non-fumeurs et en particulier pour les jeunes.

Il est donc important de mieux informer les fumeurs envisageant l’usage de l’eCigarette comme moyen d’aide à l’arrêt ou en tant qu’alternative offrant une réduction des risques (en les orientant, si cela s’y prête, vers des cigarettes électroniques de troisième génération, voire de quatrième génération, mais en déconseillant la puff). En parallèle, il convient bien de continuer à protéger les non-fumeurs, les jeunes en particulier, du vapotage et de son possible corollaire pour cette population : le tabagisme. Dans cette optique, la Belgique a d’ailleurs entrepris d’interdire la puff dès 2025. ■

JEUX DE PERDITION

Divertissement, recherche d'adrénaline ou espoir de gains... le jeu a toujours fait partie intégrante de la société. Cependant, cette fascination révèle une facette complexe et préoccupante de la psychologie humaine : l'addiction. Aujourd'hui, cette problématique revêt une importance particulière dans le domaine de la santé mentale, nécessitant une compréhension approfondie de ses mécanismes, des risques qu'elle engendre et de son impact sur la société et les plus jeunes.

Mélanie Saeremans, psychologue et psychothérapeute, coordinatrice de la Clinique du jeu et autres addictions comportementales au CHU Brugmann (Bruxelles).

L'addiction au jeu de hasard et d'argent est un trouble caractérisé par un besoin irrépressible de jouer, malgré ses conséquences négatives sur le plan personnel, professionnel, financier et social. Les personnes concernées sont incapables de contrôler leurs comportements, ce qui entraîne une détérioration significative de leur qualité de vie. Pour poser un diagnostic d'addiction au jeu, une personne doit répondre à au moins quatre des neuf critères suivants au cours d'une période d'un an :

- Le besoin de jouer avec des sommes d'argent de plus en plus importantes pour atteindre l'excitation désirée.
- L'irritabilité ou l'agitation lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique.
- La présence de tentatives infructueuses de contrôler, réduire ou arrêter le jeu.
- Des préoccupations constantes liées au jeu, que ce soit en revivant des expériences passées, en planifiant les prochaines sessions de jeu ou en pensant à la manière d'obtenir de l'argent pour jouer.
- Jouer pour gérer le stress, l'anxiété, la dépression ou un sentiment de détresse ou de mal-être.
- Retourner jouer après avoir subi des pertes pour se refaire.
- Mentir à propos du jeu, de l'argent perdu ou gagné, ou dissimuler l'ampleur réelle du comportement de jeu aux autres.
- Mettre en danger ou perdre une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
- Compter sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

Les causes de l'addiction au jeu

Complexes et multifactoriels, les mécanismes à l'œuvre impliquent souvent des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Certaines personnes peuvent être génétiquement prédisposées à développer une dépendance au jeu, tandis que d'autres sont influencées par des facteurs environnementaux tels que le stress, la dépression ou des événements traumatiques.

Sur le plan biologique, l'addiction au jeu est associée à des altérations dans le système de récompense du cerveau, notamment une libération excessive de dopamine, le neurotransmetteur associé au plaisir et à la récompense. Cette réaction renforce le comportement de jeu, car les personnes recherchent continuellement cette sensation de plaisir intense.

Sur le plan psychologique, la théorie de l'excitation propose que des personnes recherchent des sensations fortes et des émotions intenses, ce qui les pousse à jouer de manière compulsive pour retrouver ces sensations. La théorie de l'évitement suggère que le jeu soit utilisé comme mécanisme d'adaptation pour échapper à des problèmes émotionnels ou à un sentiment de vide intérieur.

Sur le plan environnemental, l'accessibilité accrue aux jeux de hasard et d'argent joue un rôle majeur dans le développement de l'addiction. Les casinos, salles de jeux, agences de paris, librairies, les cafés et applications mobiles offrent une variété de possibilités de jeu, le rendant plus

L'accessibilité accrue aux jeux de hasard et d'argent joue un rôle majeur dans le développement de l'addiction.

accessible que jamais. Avec l'avènement d'internet et des smartphones, il est désormais possible de jouer à tout moment et en tout lieu, ce qui accroît considérablement le risque d'addiction pour de nombreuses personnes. Le rôle de la société dans ce phénomène d'ampleur croissante ne peut être ignoré. Les industries du jeu investissent massivement dans le marketing pour attirer de nouveaux joueurs et encourager la fidélité des joueurs existants. Les publicités, les offres promotionnelles et les programmes de fidélisation contribuent à normaliser le jeu et à le rendre socialement acceptable. En ce sens, en Belgique, des lois et des projets de loi tentent de réguler ces différents aspects¹.

Impacts des troubles liés au jeu

Les joueurs compulsifs peuvent accumuler des dettes colossales, entraînant des problèmes financiers graves (faillite, surendettement, perte de logement...). Sur le plan personnel, l'addiction au jeu peut entraîner des problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, suicide dans les cas extrêmes). Sur le plan social, les relations familiales et amicales peuvent être gravement affectées, entraînant l'isolement et la stigmatisation.

L'adolescence, période de vulnérabilité

L'ado aspire à trouver son identité. Il tente de s'affranchir du lien de dépendance aux parents en affirmant ses propres désirs par la recherche de nouvelles figures d'identification, mais aussi de nouvelles expériences, associant souvent une certaine résistance aux règles.

Dans un désir d'émancipation vis-à-vis des parents et d'intégration dans un groupe de copains, avec la recherche de leur reconnaissance,

l'adolescence constitue une phase de curiosité, de prise de risque et de défis. Les jeunes sont aussi particulièrement sensibles à la publicité et au marketing, très présents pour les sites de jeux

en ligne notamment. Ces dernières années, les jeux de hasard et d'argent se sont immiscés dans le paysage ambiant par le biais des médias numériques avec pour conséquence une offre plus grande et une disponibilité 24 heures sur 24. Ces facteurs ont un impact sur la place grandissante qu'occupe cette pratique chez les adoles-

cents malgré l'interdiction d'accès aux mineurs, encore trop facilement contournable.

Traiter l'addiction au jeu

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est l'une des approches les plus courantes pour traiter le jeu excessif. Elle vise à identifier et modifier les pensées et les comportements problématiques liés au jeu. Les techniques incluent la formation à la gestion du temps et de l'argent, la modification des schémas de pensée négatifs et le développement de stratégies de résolution de problèmes pour faire face aux déclencheurs. Le jeu peut être perçu comme une tentative d'automédication à d'autres troubles ou difficultés de vie. La thérapie va également se concentrer sur ces facteurs afin d'aider les personnes à trouver d'autres stratégies plus efficaces pour y faire face. La participation à des séances de thérapie de groupe, avec d'autres gens confrontés au même problème, peut être bénéfique en leur permettant de partager leurs expériences, de recevoir un soutien mutuel et de se sentir moins seules dans leur lutte contre le jeu excessif. Une médication peut être prescrite pour traiter les symptômes associés, tels que l'anxiété et les troubles de l'humeur. La médication n'est pas considérée comme un traitement principal, plutôt comme un complément à d'autres formes de thérapie. Impliquer la famille et l'entourage dans le processus de rétablissement peut être extrêmement utile. Le soutien social peut aider à renforcer la motivation à changer. La gestion des finances est également centrale dans le traitement, incluant la création d'un budget, la mise en place de limites de dépenses et la gestion des dettes en partenariat avec des services de médiation. En parallèle, la Commission des jeux de hasard et d'argent propose des mesures d'auto-exclusion ou d'exclusion par un tiers². Le joueur ne peut dès lors plus entrer dans un casino ou une salle de jeux ni se connecter en ligne sur les sites de jeux régulés par l'État belge.

L'addiction au jeu nécessite une approche holistique passant par la sensibilisation du public et des jeunes aux dangers du jeu excessif, la mise en place de programmes de prévention et de traitement efficaces et la réglementation stricte de l'industrie pour limiter son impact négatif sur les individus et la société dans son ensemble. ■

La gestion des finances est centrale dans le traitement.

1. Notamment la loi du 7 mai 1999 sur les jeux de hasard, les établissements de jeux de hasard et la protection des joueurs.

2. <https://gamingcommission.be>.

LE MARCHÉ DE L'ADDICTION

Contramal®, Prozac®, Xanax®, Stilnoct®, Rilatine®... On ne compte plus les médicaments psychotropes commercialisés pour traiter les troubles douloureux, dépressifs, anxieux, du sommeil ou de l'attention. Une part importante de la population en consomme quotidiennement. Utilisés de façon prolongée ou abusive, ils présentent des risques sous-estimés d'accoutumance et de dépendance.

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Indiqués dans le traitement de problèmes psychologiques graves, les médicaments psychotropes agissent sur l'activité cérébrale en modifiant certains processus biochimiques et physiologiques¹. Largement prescrits en Amérique du Nord et en Europe, ils visent à soulager la souffrance des personnes concernées afin de leur permettre de retrouver une meilleure qualité de vie. Pourtant, leur consommation est associée à des complications médicales potentiellement graves et à d'importants coûts socioéconomiques et humains (dépenses de sécurité sociale liées au remboursement des médicaments et des prestations de santé, diminution de la qualité de vie et de l'espérance de vie...). Aujourd'hui, leur utilisation est « dramatiquement élevée », alerte le SPF Santé publique dans le cadre d'une campagne de sensibilisation des professionnels de santé à leur usage raisonné². « En 2022, environ trois millions de Belges ont pris au moins un psychotrope. Soit un Belge sur quatre. » Cette surconsommation touche davantage les femmes, les personnes âgées et celles dont le statut socioéconomique est bas.

Quels médicaments ?

Plusieurs catégories de médicaments psychotropes font l'objet d'un usage particulièrement alarmant à l'échelle de la population belge. C'est le cas des antidépresseurs, des hypnotiques (somnifères) et anxiolytiques (tranquillisants) et des psychostimulants, « qui influencent de manière substantielle le fonctionnement cognitif et affectif et les comportements »³, notamment utilisés dans le cadre du traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). En 2021, plus de 13 % des adultes ont pris des antidépresseurs, dont près de deux fois plus de

femmes que d'hommes, selon l'Agence intermutualiste⁴. Si ce pourcentage est resté relativement stable ces dix dernières années, les doses prescrites et la proportion de patients et patientes suivant un traitement de longue durée (plus d'un an) ont augmenté sur la même période.

Le recours aux somnifères (principalement les benzodiazépines et « Z-drugs ») et aux tranquillisants est encore plus répandu dans notre pays, bien qu'il ait diminué au cours de la dernière décennie. En 2022, plus de 2 millions de Belges, dont deux tiers de femmes, ont consommé au moins un somnifère ou un calmant selon le SPF Santé publique⁵. Ces psychotropes se caractérisent par un risque de dépendance sous-estimé par les premiers et premières concernées alors qu'il peut être très rapide (une à deux semaines de traitement suffisent dans le cas des benzodiazépines). Bien que leur usage chronique soit déconseillé, une enquête de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) révèle que les recommandations sur la durée du traitement ne sont suivies ni par les patients ni par les professionnels de santé qui continuent à prescrire ces médicaments sur le long terme⁶. Plus d'un patient sur trois montre des signes de dépendance psychologique et près de la moitié estime très difficile, voire impossible, d'arrêter leur médication.

Les jeunes, cible privilégiée

Autre tendance inquiétante, l'augmentation de 20 % de la consommation du méthylphénidate chez les jeunes diagnostiqués du TDAH en une dizaine d'années. En 2022, près de 2,4 % d'en-

« En 2022, environ trois millions de Belges ont pris au moins un psychotrope. »

1. Psycom, *Les médicaments psychotropes*, 2023, www.psycom.org.
2. SPF Santé publique, *Psychotropes : quels risques pour vos patients ? Ensemble, favorisons un usage adapté*, www.usagepsychotropes.be.

3. S. Sholokhova, K. Cornelis, « La prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique », *Santé & Société*, n° 8, janvier 2024, www.mc.be.
4. Agence intermutualiste, *Antidépresseurs : consommation en Belgique*, 2022.
5. SPF Santé publique, *Benzodiazépines et Z-drugs : chiffres et tendances 2022*.
6. S. Kiridis et al., *Survey on the use of benzodiazepines and Z-drugs to treat insomnia in Belgium*, AFMPS, 2022, www.afmps.be.

fants et d'adolescents y ont eu recours, rapporte le service d'études de la Mutualité chrétienne estimant que ce pourcentage est en deçà de la réalité en raison de l'indisponibilité de certaines données⁷.

Le TDAH est un « *trouble neurodéveloppemental qui peut se manifester à différents stades de la vie et dont la caractéristique essentielle est un schéma persistant de déficit élevé de l'attention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui entraîne des problèmes de fonctionnement scolaire, professionnel ou social et relationnel* », note le Conseil supérieur de la santé dans un avis sur sa prise en charge médicale⁸. Controversé en raison de l'absence de preuves scientifiques solides sur ses causes neurodéveloppementales, le TDAH appartient à cette catégorie de troubles élevés au rang de pathologies

dont l'industrie pharmaceutique s'est emparée, flairant les bénéfices juteux à en retirer⁹. Cette tendance à la pathologisation de certains comportements s'accompagne d'un risque de surdiagnostic et de surconsommation de médicaments dès le plus jeune âge, le remboursement du méthylphénidate étant autorisé dès l'âge de six ans en Belgique.

Depuis près de cinquante ans, le traitement médicamenteux du TDAH consiste à recourir à des médicaments psychostimulants dont le plus prescrit est le méthylphénidate commercialisé en Belgique sous le nom de Rilatine®. L'efficacité de cette « pilule de l'obéissance » est pourtant remise en cause en raison du peu d'études fiables disponibles. En outre, nombreux sont les effets secondaires induits par la prise de cette molécule (maux de tête, troubles du sommeil, perte de l'appétit, anxiété) entraînant la mise en place de « cascades médicamenteuses ». Au rayon des inquiétudes, figure aussi le nombre extrêmement bas d'études longitudinales sur les effets de la prise à long terme de médicaments psychostimulants alors qu'ils sont prescrits à des enfants et des adolescents dont le cerveau est en plein développement.

Classée dans la catégorie des médicaments stupéfiants, la Rilatine® est assortie d'un risque d'accoutumance et de dépendance. En outre, « *les enfants avec TDAH courent deux fois plus de risque d'abus de substances que les enfants sans TDAH* »,

indique le Conseil supérieur de la santé. Les experts pointent aussi le risque de détournement du médicament à des fins récréatives ou comme stimulant cognitif quand il est partagé avec d'autres jeunes non diagnostiqués qui espèrent améliorer leurs performances scolaires.

Les opioïdes, remède miracle contre la douleur ?

Malgré le poids de la souffrance psychique, c'est la douleur qui constitue le principal motif de consultation médicale au niveau mondial, souligne un rapport du Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments de l'INAMI consacré à l'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique¹⁰. Ce constat vaut aussi pour la Belgique où près d'un million de patients et patientes souffrent de douleurs chroniques et requièrent un suivi médical.

Dans leur prise en charge des douleurs aiguës (moins de trois mois) et chroniques (plus de trois mois), les praticiens prescrivent (trop) souvent des médicaments opioïdes. Qu'elles soient peu (codéine, tramadol...) ou très puissantes (oxycodone, fentanyl...), ces substances psychoactives sont connues pour leurs propriétés analgésiques et font l'objet d'une consommation galopante en Amérique du Nord et en Europe sous l'effet du lobbying agressif de plusieurs firmes pharmaceutiques¹¹. Aux États-Unis, la crise des opioïdes sévit depuis la fin des années 1990 et n'en finit pas de faire des ravages : chaque jour, quarante-cinq décès d'une overdose d'opioïdes délivrés sur ordonnance ont été constatés par les centres de prévention et de contrôle des maladies américains en 2021¹².

Bien qu'une telle crise sanitaire soit peu probable dans notre pays, la tendance à la surprescription de ces traitements dans les cas de douleur chronique non cancéreuse inquiète les institutions publiques de santé¹³. Avec environ 10 % de la population qui prend des médicaments opioïdes, la Belgique est l'un des trois pays européens (après l'Allemagne et l'Autriche) où la consommation quotidienne par million d'habitants est la plus importante¹⁴.

Tandis que les preuves scientifiques sur les bénéfices potentiels d'une prise prolongée d'opioïdes font défaut, les données attestant de leur nocivité à long terme, surtout à fortes doses, s'accumulent. Les effets indésirables sont

La douleur constitue le principal motif de consultation médicale au niveau mondial.

même d'une maladie inventée », in G. Pommier,

« La médicalisation de l'expérience humaine », *Le Monde diplomatique*, n° 768, mars 2018.

10. INAMI, *L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique*, www.riziv.fgov.be, 2018.

11. O. Bailly, « L'empire du mal (ép. 1). Lumière sur le lobby de la douleur en Europe », *Médor*, novembre 2019, <https://medor.coop>.

12. Centers for Disease Control and Prevention, *Opioid Data Analysis and Resources*, 2023.

13. O. Bailly, « Le Belge, mal en point », *Médor*, octobre 2019.

14. AFMPS, *Flash VIG-news : abus des antalgiques opioïdes*, 2020, www.afmps.be.

la constipation, la sédation et la somnolence, les nausées et vomissements... entraînant la prescription d'autres médicaments. En outre, « *l'effet analgésique des opioïdes diminue avec le temps en raison de la tolérance qui s'installe progressivement* », ce qui peut induire une dépendance physique et psychique (avec risque de surdose) et une hyperalgésie (sensibilité douloureuse excessive) qui incite à augmenter le dosage, indique le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP)¹⁵. Par ailleurs, « *plus un produit est puissant, plus son action est rapide et de courte durée, plus il entraîne une dépendance* », prévient l'AFMPS¹⁶. « *Ainsi, le risque d'usage inapproprié des opioïdes est cinq à six fois plus élevé pour les opioïdes à action rapide.* »

Les dangers de l'effet cocktail

Les experts attirent également l'attention des soignants et des patients quant aux potentielles interactions pharmacologiques lors de la prise simultanée de plusieurs psychotropes. À ce titre, dans son étude de la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique, la Mutualité chrétienne s'inquiète de l'« *augmentation considérable des cas des jeunes, indépendamment de leur âge, qui ont eu recours à la fois au méthylphénidate et aux médicaments antipsychotiques* ». Elle observe une tendance similaire, bien que dans des valeurs plus basses, à propos de l'usage concomitant de méthylphénidate et d'antidépresseurs dans cette classe d'âge.

Plus alarmante, l'utilisation simultanée des benzodiazépines (ou Z-drugs) avec des opioïdes peut entraîner une dépression respiratoire, une sédation voire un coma pouvant être fatal. C'est la raison pour laquelle l'AFMPS estime que « *la prescription concomitante d'opioïdes et de benzodiazépines doit être réservée aux patients pour lesquels les alternatives thérapeutiques sont inadéquates* ». ¹⁷ De même, l'usage d'opioïdes et d'antidépresseurs doit être envisagé avec la plus grande prudence, en particulier chez les personnes âgées.

Quelles recommandations pour les soignants ?

La première ligne de soins joue un rôle central dans la prise en charge de la santé mentale et de la douleur. En Belgique, ce sont surtout les médecins généralistes qui prescrivent des psychotropes et des opioïdes ou qui renouvellent

les ordonnances initiées par des spécialistes¹⁸. Plusieurs leviers d'action sont à leur disposition pour limiter le recours à ces traitements et prévenir les dépendances et abus :

- Adopter une stratégie de traitement multimodal et pluridisciplinaire des troubles douloureux et psychiques qui tienne compte de l'interaction entre des facteurs sociaux, psychologiques et biomédicaux et ne s'appuie pas uniquement sur la pharmacothérapie. Cette approche globale requiert un temps de consultation et d'échange plus long avec les patients, ce qui induit un soutien organisationnel et financier adéquat, sous-tendu par l'adaptation des modes de financement qui prévalent actuellement dans notre système de santé. Cette conception des soins devrait être davantage promue dans la formation des soignants et faire l'objet de plus de recherches.
- Mieux évaluer les avantages et les risques du traitement et les exposer clairement aux patients et patientes. Limiter le nombre d'ordonnances à une période donnée et évaluer régulièrement la nécessité de poursuivre le traitement, d'envisager son interruption ou d'adapter le dosage.
- Prévenir les abus en identifiant les patients à risque (fréquence trop élevée des consultations, pression sur le prescripteur...) et en impliquant leurs proches dans le traitement.
- Prévenir les symptômes du sevrage lors de l'arrêt du traitement par une diminution progressive des doses.

Concernant la prise en charge de la douleur, l'INAMI recommande aussi de prescrire d'autres analgésiques avant d'envisager d'intégrer des opioïdes dans le traitement. Quand cet usage ne peut être évité, le prescripteur est invité à privilégier l'administration d'antalgiques à action lente et prolongée à la dose la plus faible et pour une durée la plus courte possible. Quant aux psychotropes, le SPF Santé publique a lancé une campagne de sensibilisation et a créé un portail d'information afin de favoriser leur usage approprié. Destiné aux médecins, pharmaciens et psychologues, il regorge de données fiables et actualisées, d'outils pratiques et de formations en ligne pour les soutenir dans la mise en œuvre d'une prise en charge plus adéquate des souffrances et éviter toute surmédication. ■

15. CBIP, *Opioïdes ainsi que benzodiazépines et Z-drugs, mais aussi prégabaline et gabapentine : comment bien les utiliser ?*, 2023, www.cbip.be.

16. AFMPS, *op. cit.*

17. AFMPS, *Flash VIG-news : benzodiazépines (et apparentés) et opioïdes*, 2018.

18. L. Maron et al., *Baromètre Consommation de soins de santé mentale : Données 2021*, Solidararis, 2022, www.institut-solidaris.be ; SPF Santé publique, *op. cit.*

ACCOMPAGNEMENT ET MÉDECINE GÉNÉRALE

Comment améliorer l'accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale? Cette question vient de faire l'objet d'une thèse dressant un état des lieux et élaborant des pistes pour enrichir les pratiques et la formation¹.

Lou Richelle, médecin généraliste et docteur en sciences médicales, département de médecine générale/unité de recherche en soins primaires ULB.

Depuis la préhistoire, l'être humain cherche à altérer sa conscience. D'un usage initialement spirituel et réservé à une élite, la consommation de substances a évolué, s'est diversifiée et amplifiée avec le temps pour atteindre toutes les classes sociales. À l'heure actuelle, il s'agit d'un enjeu de santé publique majeur aux nombreuses conséquences sociosanitaires. Selon le dernier rapport mondial sur les drogues, 296 millions de personnes consommeraient des substances parmi lesquelles 39,5 millions auraient un trouble lié à l'usage de substances (TUS). Notons qu'une augmentation de 45 % en une décennie a été observée à ce niveau².

Les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances sont souvent stigmatisées³ dans notre société. Cela implique qu'elles vivent différentes formes de discrimination dans le système de santé, d'au-

tant plus si elles consomment des substances illicites⁴. De fait, à l'aube de notre réflexion de thèse, fin 2017, nous pouvions constater que l'accessibilité était limitée malgré la possibilité d'accompagner ces personnes par les médecins généralistes en Belgique, et ce notamment grâce à l'autorisation d'initier un traitement par agonistes opioïdes⁵ (arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution). Les centres dédiés aux assuétudes étaient par ailleurs saturés, avec une difficulté à pouvoir répondre correctement aux demandes toujours plus nombreuses et complexes⁶. C'est pourquoi

nous avons voulu réfléchir à la manière d'améliorer l'accompagnement des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites (PTUSI) en médecine générale.

État des lieux

Nous avons choisi la Région de Bruxelles-Capitale comme terrain d'étude, vu l'hétérogénéité de publics au niveau social et culturel, les consommations particulièrement répandues ainsi qu'une densité et une complexité de l'offre de services. Différentes perspectives (personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites, médecins généralistes et autres professionnels de santé) ont été croisées. Malgré de nombreux besoins biopsychosociaux de ce public soulevés par l'étude, les accompagnements n'étaient pas toujours appropriés ni leur place toujours acquise en médecine générale. Que ce soit dès le début de la prise en charge ou dans la possibilité de faire relais vers les médecins généralistes après stabilisation de la situation de santé de la personne dans un centre dédié aux assuétudes.

Cette situation était sous-tendue par une stigmatisation encore bien présente chez une partie des médecins généralistes interrogés, dont certains tenaient des discours très dépréciatifs. Une majorité stipulait également un manque de formations et de connaissances vis-à-vis de ce public et de cette clinique. Une partie des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites interrogées témoignait de phénomène d'autostigmatisation voire de déshumanisation et des stigmas sociaux perçus, encore bien présents même après des années de soins. Par exemple le fait d'être perçus comme

1. <https://dmgulb.be/bibliotheque/#publications>.
2. United Nations: Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2023*, www.unodc.org.
3. La stigmatisation est un processus complexe intégrant des dimensions

**Les accompagnements
n'étaient pas toujours
appropriés ni leur place
toujours acquise en
médecine générale.**

cognitives (stéréotypes), affectives (préjugés) et comportementales (discrimination). Elle peut se diviser en trois catégories interconnectées : les stigmas sociaux (véhiculés par la société et les communautés), structurels (via les institutions, dont le système de santé) et l'autostigmatisation (vécue par les personnes cibles).

Une méthodologie mixte

Nous nous sommes appuyées sur plusieurs études qualitatives par entretiens semi-dirigés et focus groups, une recherche-action, une étude interventionnelle et des études quantitatives (étude transversale par questionnaire, analyse factorielle exploratoire, analyse de clusters). À travers cette variété de méthodes, nous avons pu interroger des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites, des étudiants et étudiantes en médecine, des assistants et assistantes en médecine générale, des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé. Le besoin de formation ayant émergé dès le début de ce travail, un axe important de recherche a été l'éducation médicale. Nous avons développé puis mesuré l'impact d'un projet de formation théorique et pratique aux assuétudes, nommé « Formation Assuétudes ». Il a été élaboré dans le cadre de cette thèse pour les assistants et assistantes de médecine générale des trois universités francophones (ULB, UCLouvain, ULiège). Nous avons également évalué l'influence sur les étudiants et étudiantes en master de médecine d'un contact rapproché avec des personnes avec dépendance. Pour ce faire, nous avons tiré profit d'un projet pédagogique innovant en faculté de médecine intitulé : « Suivi longitudinal d'un patient chronique ». Ce dernier organise le suivi d'un patient présentant au moins une pathologie chronique au cours des trois dernières années de leur cursus de base. Nous leur avons proposé de choisir un patient ayant une dépendance avec ou sans substances et analysé ce qui a déterminé ce choix et l'impact que ce suivi a eu sur eux. ■

« des orangs-outangs sortis d'un zoo » ou de se comparer à « une plante ou à un parasite ». Ce constat est toutefois à nuancer avec l'image positive que certaines s'étaient forgée et des médecins généralistes très engagés sur cette question. Toutes les parties mettaient aussi en avant l'importance et l'apport d'une approche multidisciplinaire et de bonnes collaborations interprofessionnelles pour des accompagnements adéquats tout en identifiant des freins à ce niveau (notamment le pouvoir de prescription du médecin, perçu à double tranchant).

Cette étude a soulevé différents besoins de considération. Tout d'abord le besoin d'empathie⁷ et de réhumanisation exprimé par les personnes interrogées ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites. En effet, elles étaient avant tout en grand besoin d'humanité de la part du médecin plus qu'en besoin d'un médecin expert. Elles réclamaient également plus de considération pour leur santé globale dans toutes ses dimensions biopsychosociales. Elles désiraient ne pas être réduites à ce seul trouble.

En élaborant la deuxième partie de notre thèse sur le volet formation, nous nous sommes intéressées à la situation en Wallonie, qui s'est révélée encore plus complexe. Les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites semblaient avoir peu de lieux d'accueil et nous avons observé des services manquant souvent fortement de ressources matérielles et humaines. Le tout exacerbé par la crise du Sars-Cov-2.

Nous nous sommes aussi intéressées aux attitudes des étudiants et étudiantes en dernière année de médecine pour mieux les comprendre et identifier les freins à l'engagement dans cette clinique par la suite. Sur les 657 répondants à l'ULB, nous avons pu constater que plus d'un quart (27,6 %) présentaient des attitudes très stéréotypées et moralistes, et que ces attitudes semblaient être influencées par leur vécu personnel et professionnel par rapport aux substances et certaines caractéristiques socio-démographiques. En effet, ce groupe des « moralistes » était constitué d'individus de genre masculin, plus âgés, d'origine non européenne, dont la mère avait un niveau d'éducation plus bas, ayant peu d'expériences avec l'usage de substances et les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites ou ayant une expérience surtout dans le milieu hospitalier. Par ailleurs, la moitié des étudiants et étudiantes – de futurs médecins généralistes pour la plupart – étaient toutefois peu enclins ou neutres par rapport aux stéréotypes et au moralisme.

Impact des dispositifs testés

Les deux dispositifs pédagogiques (voir l'encadré ci-contre) que nous avons testés ont eu un réel impact sur les participants et les participantes. La partie « Formation Assuétudes », même si elle a touché un nombre limité d'assistants et d'assistantes pour différentes raisons

4. LH Yang et al., "Stigma and substance use disorders: an international phenomenon",

Curr Opin Psychiatry, 2017 Sep;30(5).

5. Un traitement par agonistes opioïdes est la nouvelle appellation pour faire référence au traitement par méthadone ou buprénorphine (anciennement « traitement de substitution orale »).

6. Médecins du Monde, *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, 2014.

7. Les différents besoins exprimés pouvaient être assimilés à la définition de l'empathie de Derksen et al. 2016. "Empathy as the competence of a physician to understand the patient's situation, perspective, and feelings; to communicate that understanding and check its accuracy; and to act on that understanding in a helpful therapeutic way".

Investir dans la formation pourrait influencer un changement de culture institutionnelle.

8. L'identité professionnelle en médecine peut être vue comme une construction de soi qui se réalise par étapes au fil du temps, au cours duquel les caractéristiques, les valeurs et les normes de la profession médicale sont intériorisées. Ce qui va permettre à l'individu de penser, d'agir et de se sentir médecin.

9. L. Richelle et al., « Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas », *Rev Med Brux*, 2023;44, www.amub-ulb.be.

10. LH Yang et al., *op cit*.

11. L. Richelle et al., *op cit*.

12. Le cursus caché est un ensemble de valeurs, de normes comportementales, d'attitudes, de compétences, de connaissances que les étudiants en médecine apprennent implicitement.

13. JD Livingston et al., "The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review", *Addiction*, 2012 Jan;107(1)12.

(stigmas, charge de travail, manque d'informations...), a eu un effet positif au niveau du développement de leurs compétences (savoir, savoir-être et savoir-faire par rapport à la clinique des assuétudés). Des acquis d'apprentissage qu'ils pouvaient transposer à une série de situations impliquant des changements de comportement de santé et qui semblaient influencer aussi leur philosophie de soins et leur identité professionnelle en construction⁸. Le dispositif pédagogique autour du projet patient chronique a

également eu un impact positif sur celles et ceux qui y ont pris part et a contribué à leur processus de socialisation en médecine. Les échanges ont permis des moments de métacognition rapportés comme manquant dans le cursus et une sensibilisation à la thématique et à sa complexité.

Discussion

Ce travail a tout d'abord confirmé la place des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale et de manière plus large en soins de santé primaires. Au vu des nombreux besoins biopsychosociaux de ces personnes, le médecin généraliste – de par son approche globale et son rôle de coordinateur de soins – semble être une personne clé pour les accompagner dès la prévention et le repérage précoce, tout en pouvant reconnaître ses limites. Cette thèse a contribué à une meilleure inclusivité chez les médecins généralistes en Belgique francophone.

Ce travail a souligné l'importance de travailler sur les stigmas et sur le langage inhérent⁹. En effet, la littérature et nos études mettent en avant la nécessité d'utiliser un vocabulaire non stigmatisant, neutre et précis dans les soins de santé pour être respectueux de la personne et de sa dignité, en considérant celle-ci comme porteuse de maladie et non définie par la maladie. Le vocabulaire utilisé peut véhiculer consciemment ou inconsciemment des stigmas et donc des jugements de valeur qui ne devraient pas avoir leur place dans les soins de santé. Cette thèse a mis en avant la nécessité de réhumaniser les représentations des personnes avec un trouble lié à l'usage de substances dans la société

et d'améliorer leur accès à des soins de santé de qualité. Ceci doit pouvoir s'accompagner d'un travail sur les stigmas structurels dans les soins de santé^{10,11}.

Nos études ont mis en avant l'importance de repenser la formation dès le début du cursus médical. Le curriculum est encore fortement orienté vers la santé somatique, plus que psychique des patients, et la question de l'usage des substances surtout illicites y reste insuffisamment enseignée et abordée dans la pratique. Les différentes études ont pu également souligner l'impact des cursus informels et cachés¹² à ce niveau. Sur base de notre travail et de la littérature existante¹³, il apparaît nécessaire de multiplier les sensibilisations et formations sous différentes formes au plus tôt dans le parcours. En ce compris la mise en contact encadrée avec des personnes présentant des assuétudes ou en rétablissement. Investir dans la formation pourrait influencer un changement de culture institutionnelle, une meilleure qualité de soins au sens large qui favoriserait *de facto* l'engagement de plus de médecins généralistes dans l'accueil de ces publics.

Pour finir, différents besoins de reconnaissance ont aussi émergé de ce travail. Humanisation et dignité de la part des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites, mais également un besoin de revalorisation de cette clinique, victime elle aussi de discriminations. Cela pourrait se manifester par un meilleur soutien financier des consultations et du secteur.

Notre travail de thèse a permis d'explorer les freins et les leviers à un accompagnement adéquat des personnes avec un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale dès le début du cursus de médecine. Des phénomènes de stigmatisation semblent encore à l'heure actuelle avoir un impact important sur le soin à ces personnes même si nous avons pu toutefois identifier une génération de jeunes (futurs) médecins généralistes désirant plus d'inclusivité en médecine. Les principaux leviers identifiés pour améliorer l'accompagnement en médecine générale sont : un travail sur les stigmas structurels et le langage de l'addiction, des sensibilisations et formations adaptées aux caractéristiques des étudiants et étudiantes et une meilleure reconnaissance et valorisation de cette pratique. ■

RENFORCER LES PRATIQUES DE PRÉVENTION

Une recherche-action pour questionner les pratiques de prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé en maison médicale est en cours depuis 2023. Les premiers constats permettent déjà d'éclairer certaines difficultés vécues par le secteur, notamment dans l'intégration des principes de promotion de la santé en maison médicale et dans l'absence d'un plan de prévention des assuétudes global et cohérent.

Céline Langendries, chargée de projets à Prospective Jeunesse.

Dans le cadre de l'évolution récente du secteur social-santé bruxellois, il apparaît essentiel aujourd'hui d'interroger l'articulation possible entre les différents acteurs de terrain, de confronter des cultures de travail sectorielles et de construire des communautés de pratiques afin de favoriser les transferts de connaissances entre acteurs. Cet enjeu, au cœur des préoccupations du gouvernement bruxellois (notamment avec la mise en place du plan social santé intégré dont l'objectif principal est la production d'un modèle renouvelé de l'offre de l'aide et du soin qui repose sur un usage plus intégré¹), a encouragé l'asbl Prospective Jeunesse², structure d'appui et d'accompagnement de seconde ligne du secteur de la prévention des assuétudes en promotion de la santé, à explorer ces liens.

Cette impulsion s'est concrétisée dans une recherche-action exploratoire menée en 2023 en partenariat avec la Fédération des maisons médicales et plusieurs maisons médicales bruxelloises, avec le soutien de la Cocof. Au centre, une double question était posée : y a-t-il une pertinence à renforcer les pratiques de prévention des assuétudes des professionnels des maisons médicales dans une approche de promotion de la santé ? Et si oui, comment ?

La recherche-action a permis de former un groupe de professionnels composé d'infirmières, de médecins, d'un psychologue, d'une assistante sociale et d'une kinésithérapeute de sept maisons médicales ; plusieurs d'entre eux ayant une deuxième casquette en promotion de la santé ou santé communautaire. Ce groupe a participé à cinq sessions de travail et d'échanges autour de la construction d'une grammaire commune

et de l'identification des enjeux à poursuivre au sein du secteur sur cette thématique. Une série de constats peuvent déjà être tirés après cette première année.

Des actions éparées

Au départ du modèle de la prévention de Johan Deklerck, dont l'objectif est d'aboutir à une approche préventive intégrale et positive en considérant le cadre de vie comme référence pour toute intervention axée sur la prévention³, les participants ont listé et classé les actions de prévention des assuétudes réalisées ou envisagées au sein de leur maison médicale : constitution d'un groupe de parole, campagne annuelle de prévention alcool ou tabac, formation d'équipe à l'entretien motivationnel, renforcement du dépistage des problématiques liées aux assuétudes... En facilitant leur classement, ce modèle permet de définir les mesures en fonction de leur intérêt, leur objectif, leur impact... mais également de déceler certaines lacunes dans la politique de prévention mise en œuvre.

Après cette étape, l'un des premiers constats formulés par le groupe de participants fut celui d'une concentration des actions citées à des niveaux de prévention curative et spécifique, c'est-à-dire à des niveaux d'actions orientées sur le problème. Les actions orientées positivement autour du bien-être, de la santé au sens large ou de la prise en considération des différents facteurs influençant la santé n'ont pas été citées dans un premier temps par les participants. En effet, les maisons médicales proposent toutes une série d'activités telles que des ateliers d'apprentissage du vélo, des « cafés-papote »,

1. PSSI, www.brusselstakecare.be.
2. Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation actif dans le domaine de la prévention des assuétudes fondé en 1978. Sa mission première est de prévenir les situations problématiques en lien avec les usages de drogues (psychotropes) et les conduites addictives (écrans, jeux, etc.) dans une optique de promotion de la santé, www.prospective-jeunesse.be.
3. J. Deklerck, *De preventiepiramide. Preventie van probleemgedrag in het onderwijs*, Acco, 2011.

des ateliers de cuisine, des promenades nature... mais aucune de ces activités n'a été nommée d'emblée comme une action ayant potentiellement un effet préventif direct ou indirect en matière d'assuétudes. Un autre constat découlant directement de l'exercice est celui de la multiplicité des actions de prévention des assuétudes au sein de certaines maisons médicales, sans que ces actions soient pensées de façon cohérente les unes avec les autres dans un plan global de prévention des assuétudes. Ce dernier point annonce déjà des pistes de changement sur lesquelles nous reviendrons par la suite.

Une vision partagée des assuétudes

Dans le travail amorcé de co-construction d'une grammaire commune autour des termes de la question de recherche, le concept d'assuétudes – questionné dans un second temps – a permis de mettre en évidence la vision commune plutôt négative des assuétudes, toujours considérées comme problématiques par les participants. De même, ces derniers s'accordent pour dire que cela peut concerner tout le monde (et pas uniquement des personnes fragiles au départ) et que l'approche « produit » (c'est-à-dire une approche où il suffit de se libérer de sa dépendance au produit ou au comportement problématique pour être guéri) est trop restrictive.

En revanche, l'idée selon laquelle sortir d'une assuétude nécessite de devoir surinvestir une autre activité ou un autre produit a fait débat au sein du groupe. Pour certains, surinvestir une activité plus saine comme le vélo, par exemple, reste un problème potentiel empêchant de réussir à trouver un équilibre durable. Pour d'autres, si le surinvestissement concerne une activité jugée plus saine, associée à la notion de plaisir, c'est déjà une réussite.

Toutefois, sur cette thématique en particulier, il faut rappeler un biais important : le groupe de travail était composé uniquement de professionnels volontaires au sein de leur maison médicale intéressés par la thématique des assuétudes. Cela a nécessairement influencé les échanges. En effet, le décalage est parfois important entre une approche biomédicale, centrée sur la maladie et le produit, plébiscitée par certains soignants lorsqu'il s'agit de prise en charge d'un patient dépendant, et une approche plus psychosociale centrée sur la personne vue dans sa globalité.

Une prise en charge en solitaire

À travers les récits des situations vécues en maisons médicales en lien avec la prévention des assuétudes, il est apparu au fil des sessions que les professionnels ne s'appuient pas suffisamment sur l'offre d'activités collectives dans leur approche des problèmes d'assuétudes. Le colloque singulier, en consultation, semble être privilégié. Ce constat vient d'ailleurs renforcer l'hypothèse selon laquelle les actions de prévention des assuétudes ne s'intègrent pas dans une politique globale et cohérente au sein des maisons médicales. Or, les maisons médicales offrent une série d'opportunités de soins globaux et intégrés dans le collectif : groupes de parole, actions de santé communautaire, ateliers bien-être... Étonnamment, ces opportunités ne sont pas saisies dans le suivi des patients, à tout le moins dans le cadre des situations rapportées par les praticiens participant à ce groupe de travail.

Promotion de la santé : un concept flou

Le processus exploratoire a permis de relever une ambivalence importante entre l'épuisement et l'enthousiasme ressenti globalement par les professionnels par rapport aux démarches de promotion de la santé. De plus, bien que certaines activités soient développées dans le cadre des objectifs de promotion de la santé au sein des maisons médicales, ce concept est perçu comme complexe, multidimensionnel et peu concret pour de nombreux professionnels. Ce constat ne signifie pas pour autant que ceux-ci n'agissent pas dans le champ de la promotion de la santé, ne fût-ce que par leur choix d'exercer leur profession au sein d'une maison médicale qui propose des actions en santé communautaire, cœur de la stratégie de promotion de la santé. Toutefois, ce concept reste flou et la difficulté de certains professionnels de mettre les mots spécifiques sur cette approche vient renforcer l'hypothèse que la méthodologie propre à la promotion de la santé n'est pas suffisamment évoquée concrètement en maisons médicales.

Cette hypothèse a été mise au travail lors de la quatrième session du groupe et les professionnels présents l'ont approuvée unanimement en pointant la difficulté pour les praticiens de défendre leur travail lorsqu'ils s'éloignent du

« pur curatif » pour mener des actions dans le champ de la santé communautaire, dans une approche de renforcement des compétences psychosociales ou de l'estime de soi, par exemple. Le manque de temps des équipes, l'articulation complexe entre une approche biomédicale et la promotion de la santé, la difficulté de mesurer l'impact des actions de promotion de la santé ainsi que les représentations négatives de certains soignants qui sous-estiment, voire dévalorisent cette approche, ont été maintes fois évoquées pour expliquer ce constat.

Un *Guide d'autoévaluation des actions de promotion de la santé en maisons médicales* a été co-construit avec les participants tout au long de cette première année de recherche⁴. Orienté autour de l'approche globale et positive de la santé, de la participation des publics et de la dynamique organisationnelle au sein des maisons médicales, ce guide met les répondants dans une posture réflexive sur les pratiques, tout en invitant à formuler des perspectives d'améliorations dans le cadre de leur action. Il sera testé afin de le faire évoluer tout au long de la seconde année de recherche, avec les maisons médicales participantes.

Et après ?

Prolongé pour un an, le processus de recherche-action vise à présent à s'ancrer au sein des équipes de plusieurs maisons médicales volontaires. Invitées par les intervenants de Prospective Jeunesse à réfléchir aux mesures de prévention des assuétudes déjà menées ou envisagées par l'équipe, elles seront placées en posture active de co-chercheurs autour de la mise en place d'un plan global et cohérent. À cela s'ajoutera une réflexion spécifique sur la base des stratégies et méthodes de la promotion de la santé à l'aide du guide. De ce plan global, elles seront invitées à choisir une action spécifique à améliorer ou à créer au cours des mois suivants afin de vérifier l'hypothèse ayant émergé de la phase exploratoire selon laquelle renforcer les principes de la promotion de la santé dans un plan global de prévention des assuétudes permettrait d'améliorer les pratiques et d'éviter d'intervenir uniquement lorsque des usages problématiques sont déjà installés. Ce travail permettra d'avancer vers l'amélioration de la cohérence des pratiques de prévention des assuétudes pour un meilleur accompagnement des patients. ■

Prévention et santé communautaire

Le vocabulaire et les concepts utilisés en promotion de la santé ne sont pas univoques, c'est à la fois un handicap et une richesse. Ainsi, là où Prospective Jeunesse parle de « prévention » au sens large, l'équipe promotion santé de la Fédération des maisons médicales l'utilise davantage pour des stratégies orientées maladie, bien ancrées dans la pratique et les consultations des soignants de première ligne. À l'autre bout de l'échelle, l'équipe de la Fédération soutient la démarche communautaire qui nécessite de sortir des consultations, de se décentrer des problèmes de santé pour donner aux personnes la possibilité d'agir par elles-mêmes en fonction de leurs priorités. Ces deux approches sont développées en parallèle dans les maisons médicales. Et leur cohabitation ne va pas de soi : elle nécessite toujours un travail collectif de rencontre entre les disciplines.

La question du temps est également centrale. La prévention en cabinet est précise, ciblée, efficace (et prend relativement peu de temps). Alors que la démarche communautaire s'adapte en permanence, concerne des groupes qui évoluent avec les thématiques et se construit dans la durée.

La proposition de Prospective Jeunesse dans le cadre de cette recherche-action pourrait bien permettre aux membres des équipes des maisons médicales de se rejoindre au milieu de ces approches. Dans des actions décentrées du problème, mais ayant néanmoins un lien concret avec celui-ci. Ou en facilitant la prise de conscience, par la réalisation d'un plan global, que l'ensemble des actions (des plus spécifiques aux plus décentrées) permettent une amélioration réelle de la santé des patients. ■

Cécile Vanheuverzwijn, chargée de projets en promotion de la santé à la Fédération des maisons médicales.

4. Au départ du guide d'autoévaluation *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* coordonné par l'Agence nationale de santé publique en France, septembre 2009, <https://irepsna.org>.

GENRE ET DROGUES

Le système de santé généraliste et les services spécialisés en assuétudes sont, en principe, accessibles à toutes et à tous sans discrimination. Et pourtant, les femmes* consommatrices de substances psychoactives¹ sont encore peu nombreuses à y recourir pour des problématiques associées à leur consommation. Par ailleurs, elles abordent rarement le sujet des drogues avec un professionnel ou une professionnelle de la santé.

Carole Walker, collaboratrice scientifique à l'Institut de recherche santé et société (IRSS/ UCLouvain), pour le groupe de travail « Femmes*, genre et assuétudes ».

1. L'astérisque marque l'inclusivité de toutes les personnes qui s'identifient en tant que femme. Pour faciliter la lecture, la terminologie privilégiée « faisant usage ou ayant

Ces constats, largement partagés à Bruxelles parmi les acteurs et les actrices de terrain, s'observent également dans nos pays voisins. Selon les chiffres de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies² en 2023, seulement un cinquième de l'ensemble des patientes et des patients admis en

traitement pour consommation de drogues en Europe sont des femmes*.

Si elles sont relativement absentes du système de soins par rapport à la population cisgenre masculine, les femmes* représenteraient pourtant un quart

de l'ensemble des personnes qui souffrent de troubles sévères liés à l'usage de substances. Elles rencontrent des problématiques spécifiques face auxquelles les professionnels et les professionnelles sur le terrain ne se sentent pas outillées. En plus des problématiques d'addiction, elles peuvent cumuler des situations de grande précarité, parfois de migration, de monoparentalité. Elles sont nombreuses à subir ou avoir subi de multiples formes de violences (sexuelles, conjugales...), ou encore à pratiquer le travail du sexe/ la prostitution dans des environnements à risque. Face à la complexité de ces situations, une dizaine de travailleurs et de travailleuses de terrain ont mis sur pied le groupe de travail « Femmes*, genre et assuétudes » en 2020, dont l'objectif est de mieux comprendre les réalités des femmes* usagères de drogues et d'adapter l'offre de services actuellement pensée pour les hommes cisgenres³. Nos membres ont récolté les constats de terrain, réalisé une revue de la littérature scientifique et formulé des recommandations à desti-

nation des institutions et des pouvoirs publics. Depuis fin 2020, nous nous réunissons chaque mois pour mettre en commun nos observations, difficultés et ressources, et pour dialoguer autour de travaux et d'enquêtes pertinentes avec l'appui scientifique de chercheuses de l'ULB et de l'UCLouvain. Pour renforcer la participation des publics concernés dans le processus, nous avons organisé des focus groups permettant de récolter les témoignages d'une diversité de profils de femmes* usagères de drogues en passant par des services à bas seuil en assuétudes ainsi que le milieu carcéral. Dans la suite de ce travail, nous souhaitons pouvoir développer des outils permettant de faciliter la participation d'une plus grande diversité de personnes issues des minorités de genre et sexuelles.

Violences et codépendances

Malgré la pluralité des parcours et des histoires de vie, plusieurs situations reviennent de manière récurrente dans les observations et dans la littérature scientifique. Parmi nos constats, les violences basées sur le genre⁴ sont omniprésentes dans les parcours de ces publics. Elles peuvent prendre des formes multiples, telles que la stigmatisation, les violences sexuelles et conjugales, les violences psychologiques ou encore les dynamiques relationnelles problématiques. Quelle que soit leur forme, ces violences sont à l'origine d'inégalités sociales et de santé et contribuent à éloigner leurs cibles du système de soins.

Des enquêtes récentes nous montrent que les femmes* usagères de drogues sont touchées de manière disproportionnée par les violences sexuelles et physiques⁴ : 30 à 75 % d'entre elles auraient subi des abus sexuels au cours de la vie⁵. Face aux expériences traumatiques vé-

Les violences basées

sur le genre sont

omniprésentes dans les

parcours de ces publics.

fait usage de substances psychoactives » est remplacée par « femmes* usagères de drogues ».

2. OEDT, *European Drug Report 2023: Trends and Developments*, www.emcdda.europa.eu.

3. F. Schmitt, *L'accès des femmes aux CAARUD : une discrimination négative indirecte*, Le Bord de l'eau, 2022.

4. S. Perrin, « Couples et drogues. L'influence des drogues sur le choix du partenaire, les dynamiques conjugales et les séparations », in *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*, 2022.

cues, l'usage de drogues est régulièrement utilisé comme stratégie d'autogestion. Les travailleurs et les travailleuses de terrain relèvent également des situations de codépendance où de nombreuses femmes* cumulent une dépendance à la fois au produit et au conjoint, notamment lorsque celui-ci est le fournisseur de drogues. Certaines femmes* expliquent aussi préférer accepter les violences de la part d'un partenaire pour éviter de s'exposer aux violences multiples qui sont présentes dans les milieux liés aux drogues, à la précarité et plus largement dans la société.

Selon les constats de terrain et la littérature, les violences sont peu détectées ou abordées par les professionnels et les professionnelles, notamment dans le secteur de la santé, qui ont tendance à se limiter à une prise en charge médicamenteuse des symptômes conséquents⁶. De manière générale, les contextes sociaux et relationnels sont souvent invisibilisés et les femmes* usagères de drogues – en rupture avec les représentations sociales associées à la féminité – font face à des phénomènes de stigmatisation exacerbée et particulièrement pour les mères. L'étude récente menée par Lou Richelle, membre du groupe de travail⁷ indique qu'un ou une étudiante en médecine sur cinq serait en faveur de mesures punitives envers ces femmes*. Ces chiffres font état d'une approche hautement culpabilisante envers l'usage de drogues lorsqu'il s'agit des femmes*. D'après la littérature, une telle approche contribue à rompre le lien avec les services de santé, à un moindre recours aux traitements de substitution et à plus de syndromes de sevrage néonataux aux opiacés^{8,9}.

Soutenir et financer

En plus des violences basées sur le genre et des dynamiques conjugales, la recherche participative menée par le groupe de travail a mis en avant plusieurs problématiques spécifiques, notamment au niveau de la santé sexuelle, de la grossesse et de la parentalité, ou encore du travail du sexe/de la prostitution. Cette recherche relève également de nombreux mécanismes (stigmatisation, peur du jugement, phénomènes d'emprise...) qui poussent les femmes* usagères de drogues à dissimuler leur consommation et à les maintenir à l'écart des services de santé.

Pour lutter contre les inégalités de genre dans le domaine des drogues et des assuétudes, plusieurs

Salma : un service de soutien et d'accompagnement pour mamans consommatrices

« Notre public, ce sont les mamans consommatrices de substances psychoactives – alcool, drogues, médicaments ou traitements de substitution – ou qui ont une histoire de consommation, car nous travaillons aussi avec des mères abstinentes, résume Virginie Heuwelyckx, sage-femme et référente médicale. La porte est ouverte à toute femme enceinte, désirant l'être ou ayant des enfants jusqu'à six ans. » C'est la spécificité de Salma, un dispositif de l'asbl Namur Entraide Sida^a : alors qu'en général les services de parentalité sont orientés vers l'enfant, l'équipe se place ici aux côtés de la maman. « On s'adapte à sa demande et à son rythme », ajoute Bastien Grégoire, assistant social.

Une jeune fumeuse de cannabis est venue s'informer des risques durant sa grossesse et ne se présentera sans doute plus par après. Une autre est suivie depuis longtemps : elle n'a pas pu voir ses enfants durant son incarcération et l'équipe travaille aujourd'hui à cette reprise de contact en collaboration avec le service d'aide à la jeunesse (SAJ). Avec Housing first aussi pour la question du logement, car l'approche est systémique. « On identifie avec la maman les différents axes de sa vie sur lesquels faire levier : logement, parentalité, santé, remise en ordre administrative... tout cela a un effet. » Face à des situations multiproblématiques, la vision est à la fois globale et individualisée. « L'une viendra au local, une autre préférera qu'on aille chez elle, qu'on l'accompagne dans une autre structure ou à une consultation. La maman est l'experte de sa vie et de sa consommation. Nous devons accepter que ce qu'elle nous donne est suffisant et qu'il n'y a pas besoin d'aller plus loin. » Le produit n'est pas au centre de la démarche, mais la demande de la maman peut être celle d'un trajet de soins, que l'équipe construit alors avec elle en lui expliquant le panel de services existants, en évaluant s'il convient mieux de passer par un

a. L'asbl NES, experte en réduction des risques, dispose aussi d'un comptoir d'échange de matériel et d'un service d'accompagnement pour personnes porteuses d'hépatite (<https://namurentraidesida>).

5. A. Price, C. Simmel, *Partners' influence on women's addiction and recovery: The connection between substance abuse, trauma, and intimate relationships*, University of California at Berkeley, 2002.

6. L.E. Stene et al., "Intimate partner violence and prescription of potentially addictive drugs: prospective cohort study of women in the Oslo Health Study", *BMJ open*, 2(2), 2012.

7. L. Richelle et al., "Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy", *BMC Medical Education*, 22(1), 2022.

8 C. Angelotta et al., "A Moral or Medical Problem? The Relationship between Legal Penalties and Treatment Practices for Opioid Use Disorders in Pregnant Women", *Women's Health Issues*, Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 26(6), 2016.

9. D. Goodman et al., "It's Time to Support, Rather Than Punish, Pregnant Women With Substance Use Disorder", *JAMA Network Open*, 2(11), 2019.

sevrage, un service de jour ou un service résidentiel, en l'accompagnant aux premiers rendez-vous. Avec dans ce cas cette question : y a-t-il quelqu'un ou un service pour accueillir son enfant ou est-ce que l'on va travailler avec le SAJ pour trouver une solution le temps qu'elle se soigne ? Une fois le trajet mis en place, l'équipe maintient le contact, prépare les visites parentales avec la maman, voit comment elle gère sa consommation avant ces moments de retrouvailles.

Il est plus facile de parler de parentalité dans un service dédié aux assuétudes que l'inverse... L'équipe tente de trouver un équilibre entre les deux. « *Nous recevons des consommatrices actives pour qui les enfants restent la priorité, même si elles sont en hébergement et les petits en institution. Nous travaillons aussi cette parentalité à temps partiel.* » Et quand elles vivent avec leurs enfants se pose très concrètement la question de leur sécurité : « *Nous les y sensibilisons. Au lieu de dire qu'à tout prix elles ne peuvent pas consommer, nous voyons avec elles comment elles peuvent faire et avant cela nous les questionnons sur le contexte de leur consommation : quel temps ça prend ? Quelle quantité ? Quelle fréquence ? Quel modus operandi ? Peut-être y a-t-il moyen de décaler les choses, de trouver un relais temporaire, une place en crèche ? À nous aussi d'être créatifs, d'aller vers du réseau extrafamilial ou de l'inventer.* »

La tâche première de l'équipe Salma est d'instaurer, de restaurer un lien qui a été souvent abîmé par le passé de ces femmes. « *Ce n'est pas simple, reconnaît Virginie Heuwelyckx, cela prend beaucoup de temps et d'énergie.* » Récemment un espace d'accueil s'est ouvert le jeudi matin. Les mères peuvent y prendre un café, effectuer une petite démarche, partager un moment avec d'autres. « *Sans rendez-vous, précise Bastien Grégoire, car c'est parfois une barrière de plus.* » C'est aussi un lieu d'accroche au départ duquel des activités communautaires sont organisées : un atelier de bien-être, une sortie au cinéma, une journée avec les enfants à Chevetogne... Une dynamique supplémentaire et des échanges d'expériences appréciés par des mères souvent très isolées. ■

P.M.

initiatives ont vu le jour en Belgique comme à l'étranger. Parmi celles-ci, plusieurs espaces femmes* se sont développés dans des services à bas seuil en assuétudes. Ils permettent d'offrir des lieux d'échanges informels réservés aux femmes* dans un cadre bienveillant, ce qui contribue, entre autres nombreux bénéfices, à améliorer le recours aux soins. Une autre initiative récente portée par les membres du groupe de travail concerne la création d'un protocole pour accompagner au mieux les victimes de violences sexuelles consommatrices de produits. Ces initiatives, encore minoritaires sur le terrain, ne sont pas toujours soutenues au niveau institutionnel et ne bénéficient pas nécessairement d'un budget spécifique. C'est pourquoi le groupe de travail a formulé huit recommandations principales pour obtenir du soutien et lutter contre les inégalités de genre qui ressortent de ses constats :

- Stimuler la capacité d'agir des femmes* (ex-)usagères de drogues et créer des conditions permettant d'obtenir le soutien de l'entourage.
- Les sortir de l'invisibilité et intégrer une perspective de genre dans la production de la connaissance sur le thème des assuétudes.
- Développer et/ou adapter les campagnes de prévention en matière de drogues en intégrant les problématiques spécifiques rencontrées par les femmes* (ex-)usagères de drogues.
- Améliorer l'accès aux services (non)spécialisés en assuétudes en tenant compte des freins organisationnels et des obstacles majeurs liés aux multiples formes de stigmatisation.
- Intégrer la dimension de genre dans l'ensemble des dispositifs, dans notre approche et en favorisant l'implication de nos bénéficiaires.
- Soutenir le développement d'une approche sensible au genre auprès des professionnels et des professionnelles de terrain.
- Développer le travail en réseau afin d'améliorer l'accompagnement et l'orientation des femmes* (ex-)usagères de drogues ainsi que la continuité des suivis.
- Travailler sur une réflexion institutionnelle autour du genre en ouvrant le débat avec les pouvoirs publics.

Plus d'informations <https://fedabxl.be>. ■

EXIL ET ADDICTIONS

Bruxelles est une région cosmopolite qui accueille entre 50000 et 100000 personnes sans titre de séjour¹. C'est dans ce groupe de la population que nous retrouvons les personnes les plus vulnérables, les plus exposées aux risques sociaux et sanitaires. C'est également dans ce groupe que les personnes psychologiquement ou socialement en détresse ont le moins recours aux services.

Moudane Mahdiah Aden, coordinatrice de l'équipe Artha, et **Éric Husson**, directeur de projets du Projet Lama à Bruxelles.

L'équipe Artha voit le jour en automne 2019 : une équipe mobile du projet Lama qui vise à accompagner des usagers de drogues en situation d'exil et de vulnérabilités. Dans un premier temps, le projet se construit avec Médecins du Monde, qui rencontre dans son centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) ou ses consultations mobiles (Médibus) des demandes croissantes de personnes migrantes avec des problèmes de santé mentale souvent couplés à des addictions. À cette époque, le Projet Lama, la maison d'accueil sociosanitaire (Mass), Transit et les autres acteurs à bas seuil d'accès travaillent déjà depuis plusieurs années avec les publics russophones. La crise de 2015 a jeté de nombreux exilés sur les routes, et ils identifient de nouveaux usagers. Syriens, Irakiens, Palestiniens, Marocains, Érythréens, Soudanais... Ils sont, même pour ceux qui relèvent de la protection internationale, dans des conditions de non-accueil² et de dénuement total. Ces conditions délétères sont constitutives ou renforcent le mal-être et contribuent à développer des troubles psychiques, des phénomènes d'autoagressivité ou d'automédication.

La médiation culturelle au service de l'accès au soin

Nous sommes convaincus qu'il est indispensable de créer un dispositif spécifique, capable d'accompagner ce public et de lui faire traverser les frontières et les seuils pour mieux recourir aux services. Les usagers connaissent mal et mobilisent mal le système de soin. Ils cumulent un ensemble impressionnant de vulnérabilités et de barrières bien identifiées dans la littérature³. Les mesures prévues dans le plan global de sécurité et de prévention⁴ permettent à Safe Brussels

(chargé de coordonner la prévention et la sécurité sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et assister tous les acteurs concernés pour garantir au mieux la sécurité des Bruxellois et de toutes celles et tous ceux qui visitent la Région) de créer un cadre pour financer le projet. L'équipe Artha est composée d'accompagnateurs psychosociaux. Certains ont une formation issue des métiers du social, d'autres ont un parcours d'exil et des compétences issues du champ expérientiel. Tous ont en commun une langue maternelle allophone : russe, polonais, amharique, four, arabe... Ce sont les « fixeurs »⁵.

Ils mettent leurs compétences relationnelles et leur connaissance du terrain au service des usagers de drogues les plus éloignés des soins. Ce sont des tisseurs de liens ; leur métier de médiateur interculturel les positionne à l'intersection de deux mondes : celui des travailleurs du social-santé et celui des bénéficiaires. Ce sont des « passeurs » de lien, des spécialistes de l'accès au soin et du réseau. Ils doivent chercher, inventer et construire avec les usagers des solutions pour accéder aux besoins de base, mais aussi faciliter l'accès à un lieu, à un espace de sécurité et de parole que les usagers peuvent investir. Avec le temps, l'équipe élabore sa pratique sur le comment « faire lien » ou le comment « faire lieu »⁶. Elle affine sa posture de travail et son approche clinique, et son expérience est reconnue par de nombreuses associations.

Domaines d'interventions

L'équipe et ses médiateurs interculturels se structurent autour de l'accompagnement psychosocial mobile et de l'appui de deuxième ligne

Les usagers

connaissent mal

et mobilisent mal

le système de soin.

1. *Baromètre social 2021*, www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru.

2. « Pas d'accueil pour les hommes isolés », www.fedasil.be, 30 août 2023.

3. M. Dauvrin, « Santé des migrants et bonnes pratiques », *Santé conjugulée* n° 51, janvier 2010.

4. *Plan global de sécurité et de prévention de la Région de Bruxelles-Capitale*, <https://safe.brussels>.

5. Ce terme emprunté au journalisme désigne celui ou celle qui offre un support au reporter en terrain hostile. En anglais, *to fix* signifie arranger, résoudre, remédier.

6. É. Pestre, *La vie psychique des réfugiés*, Payot, 2019.

aux professionnels. Sur le plan de l'accompagnement mobile, l'équipe intervient à la demande de ses partenaires dont le Hub humanitaire, la plateforme citoyenne BelRefugees, le New Samusocial, la Croix-Rouge, qui reçoivent des usagers en détresse, en demande de prise en charge médicale et psychosociale. Les demandes adressées à Artha sont liées à des problèmes d'addictions. Lyrica®, Tramadol® et Rivotril® sont aujourd'hui les médicaments de rue des publics précaires. Souvent connus dans le pays d'origine où ils sont aussi un problème de santé publique, ces médicaments détournés de leur usage sont parfois administrés dans les camps de réfugiés pour amortir les chocs liés à la violence du trajet migratoire. Cocaïne, cannabis et alcool font également partie du tableau. Malheureusement, la première ligne bruxelloise – déjà bien saturée – n'est pas forcément hospitalière pour ce public qui cumule les stéréotypes.

Consciente de ce peu de réceptivité, l'équipe s'attèle à sa deuxième mission : offrir un appui aux acteurs. Elle accompagne le changement dans les institutions par des formations, interventions et accompagnements méthodologiques pour augmenter l'inclusivité du réseau bruxellois. S'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, nous sentons une volonté forte de prendre ce public en charge dans certaines maisons médicales et chez certains partenaires.

Réussites et défis

Le métier de médiateur interculturel permet d'établir un lien de confiance avec le public et d'entrer en contact avec lui sur ses différents lieux de vie. Artha réussit ainsi à intervenir sur différents terrains urbains. Elle a pu rencontrer des grévistes de la faim à la VUB en 2021 et a été l'une des rares équipes à entrer dans le squat de la rue des Palais, à Schaerbeek, avant son évacuation et à aider les personnes à être orientées vers les hôtels et les lieux d'hébergement lors de l'opération coordonnée par Safe Brussels et Bruss'Help (acteur de référence dans la coordination des dispositifs d'aide d'urgence et d'insertion aux personnes sans abri). L'équipe contribue au projet SubLINK⁷, qui propose un accompagnement psychomédicosocial aux personnes ayant investi les stations du métro. Elle a aidé la Mass à ouvrir ses lignes thérapeutiques en vue de prendre en charge ce public.

Artha continue de chercher des partenaires spécialisés ou non spécialisés pour permettre l'orientation et l'accueil des usagers dans des lieux de soins. L'équipe s'empare aussi de la question de la réduction des risques pour ce public, où tout reste à faire : traduire les supports de prévention dans plusieurs langues, adapter leur contenu en lien avec les produits et les usages, tenter de construire une littératie en santé accessible à ces personnes migrantes...

Effet sur la communauté

L'équipe Artha a contribué à rendre plus visible la réalité de ces personnes et leurs besoins. Leur inclusion dans le système de soin est un enjeu de ces prochaines années, un défi pour le plan social santé intégré (PSSI)⁸ qui devrait davantage travailler à prendre en compte le droit à la santé des personnes en précarité de séjour à Bruxelles. Soulignons aussi l'importance et l'implication des CPAS dans le continuum de prise en charge du public ainsi que ce qui pourrait être engrangé du côté de la simplification et de l'harmonisation de l'aide médicale urgente. En 2023, Artha a également travaillé avec les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) du quartier Midi, autre phénomène urbain qui croise errance, drogue et vulnérabilité⁹.

L'équipe s'inscrit dans une stratégie d'*outreach*, visant à abaisser les seuils¹⁰. Son approche s'appuie sur la médiation interculturelle, la réduction des risques et la clinique du lien. Elle fait le pari d'un système de santé inclusif et perméable en proposant de construire un appui aux acteurs qui souhaitent accueillir ces usagers et contribuer à « faire lieu » dans la trajectoire de ces hommes et de ces femmes.

À l'heure de la crise du crack à Bruxelles, nous savons combien la précarité, l'errance et le dénuement facilitent le glissement vers une addiction sévère. La question des addictions en contexte de précarité appelle à de nouvelles stratégies : coordination, renfort des services ambulatoires à bas seuil, hébergement en hôtel, unités thérapeutiques, logement, salles de consommation, équipes mobiles, médiation interculturelle... Sur le plan politique, la question de la régularisation des personnes sans titre de séjour est fondamentale aussi pour les enjeux de santé. Les liens entre régularisation et amélioration de la santé mentale sont aujourd'hui établis¹¹. ■

7. www.diogenes.brussels.

8. www.brusselstakecare.be.

9. C. Graas, M. Lelubre, *Envisager de nouveaux scénarios d'hébergement pour les MENAS dits « en errance » sur le territoire bruxellois*, 2024 ; C. Graas, M. Lelubre, *Repenser le parcours d'aide et de soins à l'échelle bruxelloise : favoriser la mise en réseau et s'appuyer sur l'hébergement comme accroche à la prise en charge ?*

Rapport intermédiaire de la recherche-action collaborative « MENAS en errance autour de la gare du Midi », 2023.

10. Ch. De Kock et al., « Repenser la première ligne de soins », *BSI Position Papers*, n°4, 3 avril 2023.

11. J. Refle et al., "Impact of legal status regularization on undocumented migrants' self-reported and mental health in Switzerland", *SSM-Population Health*, 22, 2023.

CONSOMMER À MOINDRE RISQUE

Les premières salles de consommation à moindre risque ont vu le jour il y a une trentaine d'années en Suisse. Liège a ouvert la sienne en 2018 et Bruxelles en 2022. Au cœur de ces projets : la prévention des dommages. En toute légalité.

Pascale Meunier, rédactrice de *Santé conjugulée*.

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) ne sont pas là pour endiguer la problématique croissante des usages de drogues dans nos villes. Non plus pour arracher les consommateurs et les consommatrices des griffes de l'addiction. Leur zone d'intervention se situe essentiellement dans l'accrochage à un dispositif médico-social d'accès relativement bas leur permettant de réduire les risques encourus lors d'injections ou d'inhalations qui sans cela se dérouleraient de toute manière en rue ou ailleurs, d'adopter des pratiques moins dangereuses pour leur santé, et peut-être aussi de réduire leur dépendance aux produits. Elles font partie du (maigre) éventail de possibilités qui s'adressent à ce public.

À Bruxelles, Gate, qui s'est installé dans le quartier Lemonnier proche du hotspot de la gare du Midi, enregistre chaque jour 120 à 150 passages, dont une septantaine de consommations. Même ordre de grandeur à la SCMR de Liège, située entre la place Saint-Lambert et les quais de Meuse. Les deux salles disposent également d'un comptoir d'échange de matériel à usage unique et offrent plusieurs services intégrés. Démarches administratives, contacts avec les avocats, les agents de probation, les familles, suivi médical... Les équipes pluridisciplinaires sont constituées d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de médecins. « Il y a toujours quelqu'un à l'infirmierie, explique Marylène Tommaso, infirmière-chef de la SCMR de Liège. Sa tâche est multiple, car en plus de la surveillance médicale lors de la consommation, il y a des soins à prodiguer, des prises de sang à faire, des suivis de traitements à assurer, du lien et de la confiance à instaurer. »

L'interdit planant depuis des années sur la consommation de substances, cette confiance

met du temps à s'installer, mais, une fois acquise, les usagers découvrent aussi dans ces salles la possibilité d'une vie communautaire, un lieu et un moment pour parler d'autre chose que du produit – souvent une idée fixe en rue.

Bienveillance et respect

Gate fonctionne en partenariat avec la Maison d'accueil sociosanitaire de Bruxelles (Mass) qui y a implanté une trajectoire de soins. « Nous ne visons pas de suivis à long terme, précise Maité Deprez, coordinatrice adjointe. Ici, l'objectif est de créer ou de recréer un réseau avec l'usager. On est face à des réalités de vie extrêmement précaires. Non seulement parce que la majorité de notre public vit en rue, que beaucoup n'ont pas de papiers et n'auront jamais la perspective d'en avoir, mais aussi parce que les modes de consommation explosent. Le crack n'induit pas les mêmes schémas que chez le consommateur d'héroïne au regard du caractère compulsif que cela induit et parce qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitement de substitution. Des usagers veulent arrêter, mais il n'y a aucune solution thérapeutique à leur proposer. » Il manque aussi de places dans les hôpitaux ; les listes d'attente sont énormes et il faut déjà prévoir la postcure avant d'entamer une cure... « Entre le moment où l'usager se sent prêt et celui où il pourra être pris en charge par une structure, il se passe parfois quatre mois... » Sans parler de l'accès aux soins de santé en général, et aux soins de santé mentale en particulier. « On peut compter sur les doigts d'une seule main ceux qui ont la chance

« Des usagers veulent arrêter, mais il n'y a aucune solution thérapeutique à leur proposer. »

d'être épargnés par des soucis de santé mentale », constate-t-elle.

Coupler une trajectoire de soins à une salle de consommation permet de répondre aux besoins de l'usager. Les tabous sont levés, permettant aux équipes une approche globale de la personne et pas uniquement centrée sur sa consommation. « *Disposer d'un endroit où elle peut parler ouvertement lui permet d'objectiver ce qu'elle vit, ce que la consommation entraîne comme pertes* », ajoute Maïté Deprez. « *Vous êtes parfois surpris*, enchaine Marylène Tommaso. *La personne qui est en face de vous n'est peut-être pas très propre, elle ne sent peut-être pas très bon, elle présente des plaies et un physique abîmé... et vous apprenez qu'elle avait un métier, une famille, des enfants, une vie linéaire jusqu'à un moment de rupture. Qu'est-ce qui s'est passé? Qu'est-ce qui fait qu'on se retrouve dans la rue sans chaussures et sans plus aucun repère? Une décompensation, une perte de boulot, un divorce, on n'arrive plus à payer ses*

**« Consommer ici
a permis à quelques-
uns de diminuer
leurs doses. »**

traites et commence la descente aux enfers, on rencontre la mauvaise personne au mauvais moment, et le produit : héroïne, cocaïne, alcool, jeu, peu importe... » Tout le monde ne naît pas non plus avec la même chance. La situation sociale, l'environnement familial, de nombreux facteurs peuvent intervenir dans ce système de dépendance. « *Ces personnes ont droit au respect, elles ont le droit d'avoir un accès aux soins et à une prise en charge respectueuse*, insiste-t-elle. *C'est ce que nous essayons de faire.* »

Dans un contexte où il est parfois difficile d'accéder à l'usager sans que le produit fasse interférence, les victoires sont minuscules. « *Il faut vraiment partir de ce que l'usager veut et parfois ce n'est pas ce qu'on souhaiterait en tant que professionnel de la santé*, poursuit Marylène Tommaso. *Nous n'avons pas le droit d'imposer des choses.* » « *On se satisfait de petites évolutions*, reconnaît Maïté Deprez, *de voir qu'ils nous ont identifiés comme un lieu où ils se sentent en sécurité. Certains le disent : "vous êtes un peu ma deuxième famille", ou "vous êtes ma famille, je n'ai plus personne à l'extérieur". Même s'ils ne sont pas dans une idée de sevrage, consommer ici a permis à quelques-uns de diminuer leurs doses, et ça ce sont de grandes avancées.* »

Pédagogie et prévention

Consommer à moindre risque, c'est apprendre à poser les bons gestes et à suivre une procédure qui limite les risques d'accidents, de surdose et d'infections. « *Nous leur expliquons l'importance de se laver les mains, de désinfecter le point de ponction, de jeter la seringue après utilisation, de ne pas recycler les filtres. Nous leur montrons comment procéder et aussi ce qu'il ne faut pas faire...* », dit Marylène Tommaso. Et les usagers ont aussi un savoir précieux à transmettre. « *Avec eux et à partir de leur expérience, nous avons réalisé une brochure présentant la manière de baser le crack avec du bicarbonate de soude plutôt qu'avec de l'ammoniaque ; c'est plus compliqué à faire, surtout en rue, mais c'est surtout moins dangereux. Ils en parlent entre eux et on remarque que cette nouvelle façon de faire se répand.* » Leurs pratiques et les produits qu'ils consomment alimentent le savoir des équipes, éclairent sur les tendances du marché, orientent les services. « *Si demain il y a du fentanyl en ville, on va tout de suite le savoir* », observe Bruno Valkeneers, chargé de communication à Gate, soulignant la valeur de l'expertise des usagers : comment mieux la faire entendre ? Comment l'incorporer dans la construction de projets ?

Quels choix de société ?

Les SCMR permettent d'aller au-devant des publics les plus désaffiliés en répondant à leur besoin de consommer. Un « produit d'appel » en quelque sorte, permettant ensuite de déployer un dispositif global. « *Le problème, c'est le produit bien sûr. Mais la cause majeure, c'est l'augmentation de la précarité*, nuance Bruno Valkeneers. *De plus en plus de gens vivent en rue et il y a un effet d'aubaine pour les dealers qui les ciblent avec un produit adapté, très facile à consommer.* » Tandis qu'en amont comme en aval, l'offre d'accompagnement ne suit pas. « *Il va falloir assumer, il va falloir avoir le courage d'investir massivement dans cette question de santé, certes, mais fondamentalement sociale* », assène-t-il.

En attendant, une autre salle est en passe d'ouvrir sur l'axe Yser-Ribeaucourt, scène historique de consommation dans la capitale. Elle sera adossée à un abri de nuit et partenaire du projet Lama pour la dimension médicale. Charle-roi monte pour sa part un projet mobile, à l'aide d'un camion aménagé pour aller au plus près des plus éloignés du système de santé. ■