

Faculté de droit et de criminologie

La réduction des risques face à la consommation étudiante à Louvain- la-Neuve : entre actions de terrain et perception estudiantine

MICHEL Soraya

Promoteur : JANSSEN Christophe

Année académique 2025-2026

Master en criminologie à finalité approfondie

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 107 à 114 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Engagement d'intégrité – Travaux écrits et mémoires d'étudiant.e.s

Je reconnais avoir pris connaissance des règles d'or de l'honnêteté intellectuelle ainsi que des Lignes directrices sur l'usage responsable des outils d'intelligence artificielle de l'UCLouvain (disponibles sur le site www.uclouvain.be/drt - page "règlements") et je m'engage à respecter les valeurs d'intégrité et d'honnêteté qui fondent les règles et recommandations adoptées au sein de la communauté universitaire.

En particulier :

Engagement sur l'authenticité de mon mémoire/travail écrit

- Je déclare sur l'honneur que j'ai préparé et rédigé moi-même ce mémoire/travail écrit.

Reconnaissance du plagiat comme faute

- Je suis conscient.e que le plagiat consiste à réutiliser d'autres documents et sources, même partiellement, sans mentionner le nom de l'auteur ni/ou de la source. Reproduire littéralement des passages d'un autre document, éventuellement traduits, sans les placer entre guillemets, même si l'auteur et la source de cette œuvre sont mentionnés, constitue également un plagiat.
- Je reconnais que le plagiat constitue une faute grave qui entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du Règlement général des études et des examens (RGEE).
- Je m'engage à ce que mon mémoire/travail ne constitue pas une reprise, même partielle, d'un autre document publié ou non, attribué à une personne ou anonyme.

Engagement à citer mes sources

- Je m'engage à attribuer à leur(s) auteur(s) toutes les idées, informations, données sur lesquelles je m'appuie. Je m'engage à référencer tous les emprunts intégrés au mémoire/travail (sous la forme de phrases, graphes, cartes, schémas, tableaux, etc.). Les références (par exemple, en note de bas de page) sont conformes aux exigences académiques et scientifiques (telles que présentées dans les cours de méthodologie, les séances de formation liées au Séminaire d'accompagnement des mémoires en Master et les guides de citation).

Engagement quant à l'usage d'outils d'intelligence artificielle (IA) générative

- Je m'engage à utiliser les outils d'IA générative, en particulier les générateurs de textes, de manière responsable, comme complément de mon apprentissage et sans chercher à contourner les exigences académiques.
- Je m'engage à respecter les Lignes directrices relatives à l'usage responsable de l'IA générative. Elles m'obligent notamment à référencer adéquatement les outils d'IA lorsque je reprends de manière littérale les contenus qu'ils ont générés. En revanche, certains usages de ces outils, par exemple comme assistant linguistique (pour corriger l'orthographe, la syntaxe ou le style), ne doivent pas être mentionnés.

- Je suis conscient·e que les contenus générés par ces outils d'IA ne reflètent pas nécessairement les faits/sources et je m'engage donc à toujours vérifier l'exactitude de ces contenus dans une démarche scientifique.
- Je m'engage à respecter toutes les consignes spécifiques pour le travail/mémoire, ainsi que les exigences de transparence et de documentation du processus ayant abouti au travail/mémoire, notamment en sauvegardant les conversations avec ces outils d'IA.
- Je m'engage à fournir, sur demande, des explications sur la manière dont j'ai utilisé ces outils.
- Je reconnais que le non-respect de ces exigences et de l'intégrité académique peut constituer un abus et être considéré comme une irrégularité au titre des articles 107 et suivants du RGEE et entraîner des sanctions telles que prévues aux articles 111 et suivants du RGEE.

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements à mon promoteur, Christophe Janssen, pour sa disponibilité, ses retours constructifs et la confiance qu'il m'a accordée tout au long de ce travail. Ses conseils ont été essentiels pour structurer ma réflexion et mener cette recherche à terme.

Je remercie également l'ensemble du corps enseignant de l'École de criminologie pour la richesse de leur enseignement et pour avoir éveillé en moi une curiosité criminologique qui a largement nourri ce mémoire.

Ma gratitude va aussi à toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir et de partager leur expérience dans le cadre de cette recherche. Leurs témoignages et leurs réflexions ont été d'une aide précieuse et ont considérablement enrichi ce travail.

Je tiens à exprimer une reconnaissance toute particulière à mon père, qui s'est investi sans compter dans ce mémoire. Ses relectures minutieuses, ses corrections, ses questions parfois déstabilisantes mais toujours justes, et son soutien constant ont été d'une valeur inestimable. Ce travail lui doit énormément.

Enfin, un immense merci à ma maman, ma sœur, mon copain et mes amies pour leur soutien sans faille, leurs encouragements dans les moments de doute et leur patience à toute épreuve.

Table des matières

Introduction.....	7
I. Les assuétudes.....	9
1. La notion de « produit » ou de « drogue ».....	9
2. La notion de dépendance	10
2.1. Dépendance psychologique ou physique et accoutumance	10
2.2. Dépendance et catégorie de substances	11
3. Les consommateurs.....	12
3.1. Lien entre développement psychologique et dépendance.....	13
3.2. Profils à risques ?	14
4. Prise en charge clinique des assuétudes.....	16
II. La réduction des risques	19
1. La promotion de la santé.....	19
2. La prévention	21
3. La réduction des risques	22
3.1. L'émergence de la RDR.....	23
3.2. Les principes fondamentaux de la réduction des risques.....	23
3.3. Le cadre légal belge	24
3.4. La réduction des risques en milieu festif belge.....	24
4. Tableau comparatif des trois approches de santé publique.....	26
III. Les étudiants et la réduction des risques.....	28
1. La consommation étudiante	28
2. Le contexte de Louvain-La-Neuve	30
3. La réduction des risques en milieu étudiant.....	32
IV. Méthodologie	34
1. Problématique et objectifs de recherche	34
2. Choix de la méthodologie	34

3.	Techniques de collecte de données	35
3.1.	Le questionnaire.....	35
3.2.	Les entretiens semi-directifs	35
4.	Méthode d'analyse	36
4.1.	Analyse des données quantitatives.....	36
4.2.	Analyse des entretiens.....	37
5.	Rapport critique.....	38
5.1.	Biais méthodologique	38
5.2.	Limites et axes d'amélioration.....	38
V.	Présentation des données récoltées	40
1.	Questionnaires.....	40
1.1.	Présentation de l'échantillon.....	40
1.2.	Analyse de la connaissance des institutions et croisement avec d'autres variables	40
1.3.	Connaissance de la RDR et croisement avec d'autres variables.....	42
1.4.	Analyse de la connaissance de la RDR et le fait de se tourner vers les institutions qui pratiquent la RDR	43
1.5.	Analyse des réponses ouvertes.....	45
1.6.	Discussion	47
1.7.	Conclusion	48
2.	Entretiens	49
2.1.	Connaissance et définition de la RDR	49
2.2.	Actions concrètes de la réduction des risques et mise en pratique	51
2.3.	Public cible, accessibilité et étudiants difficiles à atteindre.....	54
2.4.	Collaboration entre acteurs et soutien institutionnel.....	57
2.5.	Évolution des mentalités	59
2.6.	Difficultés et limites.....	61
2.7.	Conclusion	63

Conclusion générale.....	65
Bibliographie	69
Annexes	76
Annexe 1	76
Questionnaire	76
Annexe 2	77
Guide d’entretien institutions.....	77
Annexe 3	79
Guide d’entretien collectifs.....	79
Annexe 4	81
Charte AUNE	81

Introduction

Le projet de ce mémoire a pris forme en partant d'un intérêt personnel qui s'est construit progressivement au fil des années et des expériences. Le point de départ est la rédaction d'un travail de fin d'études d'assistante sociale, consacré à l'impact de la crise sanitaire sur les méthodes de prévention des assuétudes. C'est à cette occasion que j'ai découvert la réduction des risques, notamment au travers de la rencontre avec l'institution Infor Drogues et Addictions, dont l'approche et les valeurs ont immédiatement suscité un vif intérêt de ma part. Par la suite, un stage réalisé dans cette même institution dans le cadre du master en criminologie m'a permis d'approfondir la connaissance de ce secteur, en participant concrètement à la mise en place d'actions et de dispositifs de prévention et de réduction des risques à destination des professionnels de terrain. C'est au terme de ce parcours que s'est imposée l'envie de consacrer ce mémoire à cette thématique, en prolongeant les réflexions et les questions laissées en suspens lors des travaux précédents.

Le choix de centrer ce travail sur la population étudiante de Louvain-la-Neuve s'est construit à la suite d'échanges avec mon promoteur de mémoire, Christophe Janssen. Louvain-la-Neuve est une ville universitaire où la consommation de substances, notamment l'alcool, est une réalité bien présente, ancrée dans une culture festive et folklorique spécifique. Ayant moi-même évolué dans ce milieu, il m'a semblé pertinent de m'intéresser à ce qui s'y passe de l'intérieur, mais aussi du côté des institutions. Il était intéressant de savoir ce que l'UCLouvain et les différents acteurs de terrain mettent concrètement en place pour accompagner les étudiants face aux risques liés à leur consommation. Et surtout, ces actions sont-elles connues et visibles pour les étudiants eux-mêmes ?

C'est à partir de ces interrogations qu'a été formulée la question de recherche centrale de ce mémoire : *Les dispositifs de réduction des risques à Louvain-la-Neuve sont-ils connus et perçus comme efficaces par les étudiants de l'UCLouvain ?* Cette question s'intéresse à deux dimensions complémentaires, d'une part le degré de connaissance des étudiants par rapport à la réduction des risques et des institutions qui la pratiquent sur le site de Louvain-la-Neuve, et d'autre part la perception que ces étudiants ont de l'efficacité de ces dispositifs et leur intention d'y recourir.

Pour répondre au mieux à cette question, ce travail de recherche s'articule en plusieurs parties. Une première partie théorique, qui pose le contexte en expliquant ce que sont les assuétudes, les différentes catégories de substances, la notion de dépendance et les différents

profils de consommateurs. Cette partie introduit ensuite la réduction des risques, son origine, ses principes fondamentaux, son cadre légal et ses différentes formes d'action, avant de s'intéresser spécifiquement à la population étudiante et à la réduction des risques en milieu festif. Une deuxième méthodologique, celle-ci présente la démarche mixte adoptée pour ce travail, en combinant un questionnaire diffusé auprès des étudiants et des entretiens semi-directifs avec des acteurs de terrain. Enfin une dernière partie empirique, qui présente l'analyse des données récoltées, et analyse les résultats du questionnaire et des témoignages des intervenants rencontrés.

D'un point de vue criminologique, ce sujet présente un intérêt particulier. La consommation de substances, qu'elles soient licites comme l'alcool, ou illicites comme le cannabis ou l'héroïne, peut engendrer des comportements dangereux pour soi-même et pour la société, comme des accidents de la route, des agressions physiques ou des violences sexuelles. Face à ces risques, la réponse traditionnelle de l'Etat repose principalement sur la dissuasion par la sanction, punir les comportements illicites engendrés par la consommation excessive pour décourager leur répétition. Pourtant, cette consommation n'est pas toujours récréative, elle répond parfois à un besoin, c'est pour certains consommateurs une manière de combler un mal être, un manque qu'ils n'arrivent pas à remplir autrement. Punir ne suffit pas toujours à dissuader, ce n'est donc pas toujours la réponse adéquate à la situation. C'est là qu'intervient la réduction des risques, en agissant en amont, en informant, en accompagnant et en responsabilisant les individus. Elle va proposer une alternative à la logique purement punitive. La réduction des risques permet d'agir avant que le crime ne soit commis, en donnant aux consommateurs les outils pour faire des choix plus éclairés. C'est en ce sens que la réduction des risques s'inscrit pleinement dans une réflexion criminologique, elle ne remplace pas la sanction mais elle offre une réponse complémentaire, centrée sur la prévention et l'accompagnement plutôt que sur la répression.

I. Les assuétudes

1. La notion de « produit » ou de « drogue »

La drogue est définie comme une substance, qu'elle soit d'origine synthétique ou naturelle, capable de modifier la conscience d'une personne, d'avoir un impact sur son comportement psychologique (Bergeron, 2009). Ce que l'on désigne comme drogues correspond à des substances qui perturbent le fonctionnement du système nerveux central, agissant sur les sensations, les perceptions ou encore l'humeur d'un individu lors de la prise de la substance (MILDECA, 2021). D'un point de vue social et médical, la notion de drogue est automatiquement associée aux concepts de *dépendance* (physique ou psychique) et de *toxicomanie* (Bergeron, 2009; MILDECA, 2021). Vers le milieu du 16^e siècle le mot drogue était utilisé pour parler d'un remède traditionnel, c'est vers le début du 20^e siècle qu'il a pris une connotation négative. Il y a eu un passage d'une consommation régulée à des consommations plus massives dans la société. On peut noter également une évolution du terme « drogue » qui tend à être remplacé par des termes comme « substance psychoactive », ou encore « produit psychotrope ». Ce terme-ci englobe tous les produits agissant sur le psychisme, quel que soit leur statut légal (Bègue-Shankland, 2014; Bergeron, 2009).

Le terme drogue englobe deux catégories juridiques distinctes : *Les drogues licites*, ce sont des substances dont la consommation et la vente sont autorisées par la loi et donc réglementées, par exemple le tabac ou l'alcool (MILDECA, 2021). Et *les drogues illicites*, ce sont les substances dont la production, la vente et la consommation sont interdites par la loi, par exemple le cannabis ou la cocaïne (MILDECA, 2021). Les produits psychoactifs sont classés dans les deux catégories en fonction de la décision législative et non en fonction de la dangerosité intrinsèque du produit.

La notion de stupéfiant possède une signification strictement juridique. Cette notion désigne les substances psychoactives interdites, on les retrouve sur une liste officielle qui reprend toutes les drogues dont l'usage est strictement contrôlé voir formellement interdit. Le but de cette classification est de limiter l'usage de ces produits à des fins médicales et scientifiques, tout en essayant d'éviter le détournement vers un usage illégal (comme le trafic). Cette liste de classification est mise à jour régulièrement, étant donné le développement permanent de nouvelles substances dangereuses (MILDECA, 2021).

Dans le langage courant, les termes suivants sont souvent utilisés comme synonymes, *drogue*, *substance psychoactive* et *psychotrope*, cependant ils présentent chacun des nuances. Le terme *substance psychoactive* désigne tout produit (naturel ou chimique) qui agit sur le psychisme et entraîne une modification du comportement ou de l'état de conscience d'un individu (Bègue-Shankland, 2014). Le terme *psychotrope* qualifie les substances qui ont une affinité pour le psychisme et qui perturbent le fonctionnement du système nerveux central. La notion de psychotrope est utilisée lorsqu'une drogue agit directement sur la système nerveux central en modifiant le fonctionnement biologique du cerveau (MILDECA, 2021). Pour finir le terme *drogue* est un terme générique qui va englober les deux précédents, à la fois dans une perception médicale et sociale, en mettant davantage l'accent sur le lien avec la dépendance et les risques liés à la toxicomanie (Bègue-Shankland, 2014; MILDECA, 2021).

2. La notion de dépendance

La notion de dépendance a considérablement évolué au fil des années, passant d'une approche centrée sur le produit à une vision médicale et neurobiologique centrée sur le comportement du sujet (Reynaud, 2016). Au départ, on parlait davantage de toxicomanie pour définir le phénomène de dépendance. Le terme toxicomanie désigne « la manie de s'empoisonner », on associait souvent l'utilisateur à un délinquant (Bergeron & Fortané, 2016; Saïet, 2016). En 1964, l'OMS remplace le terme toxicomanie par celui de dépendance, pour unifier les comportements liés à l'alcool et aux drogues, on se sépare de la connotation de *poison* (Saïet, 2016, p. 4). Le terme addiction vient du droit romain *addictus*, qui désigne un débiteur incapable de rembourser sa dette et est, par décision de la justice, donné en esclave à son créancier (Saïet, 2016). Il est aujourd'hui utilisé comme synonyme de dépendance dans le langage courant et scientifique. De nos jours, la dépendance se définit comme l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à soulager un malaise interne, et ce malgré la connaissance de ses conséquences négatives (Hautefeuille, 2008).

2.1. Dépendance psychologique ou physique et accoutumance

La science distingue deux formes de dépendance, la dépendance psychique et la dépendance physique. Pour les scientifiques la dépendance psychique se trouve au cœur des addictions, elle a pour but de maintenir ou de retrouver des sensations de plaisir et de bien-être, ou

encore de soulager un malaise interne (Reynaud, 2016, p. 7). Le symptôme principal de cette dépendance est le *craving*, c'est-à-dire l'envie, la nécessité constante de consommer. Ce *craving* se déclenche par des signaux environnementaux que le cerveau a associés au plaisir (comme un lieu ou une émotion) (*3 minutes sur les différences entre « addiction » et « dépendance »* | OFDT, 2023; Reynaud, 2016). Contrairement à la dépendance physique, qui elle est transitoire, le *craving* peut persister pendant des années après l'arrêt de la consommation de substances (Bernaud, 2021; Reynaud, 2016).

La dépendance physique, quant à elle, correspond à l'adaptation biologique du corps et du cerveau à la substance consommée (*3 minutes sur les différences entre « addiction » et « dépendance »* | OFDT, 2023). Lorsqu'on arrête brutalement la consommation de la substance, cette dépendance se manifeste via le *syndrome du sevrage*, c'est-à-dire un malaise intense caractérisé par des douleurs, des nausées, ou encore de l'anxiété (Karila et al., 2004). Il faut tout de même noter que la dépendance physique n'est plus considérée comme un critère obligatoire pour diagnostiquer une addiction (Reynaud, 2016, p. 7).

À ces deux dépendances s'ajoute la notion d'accoutumance, qu'on peut aussi appeler tolérance. C'est le processus par lequel l'organisme s'adapte à la présence de la substance, et pour conséquence la nécessité pour l'individu d'augmenter l'usage progressif des doses consommées pour continuer à en obtenir le même effet. Ce phénomène repose sur le mécanisme de l'*allostasie* ; en consommant de manière répétée, le cerveau va s'adapter à la présence de la substance et se calibrer pour que cet état devienne sa nouvelle norme. Concrètement, l'usager ne consomme plus pour ressentir du plaisir, mais pour se sentir normal. Sans la substance il ressent une dysphorie (c'est-à-dire un état de malaise, d'irritabilité et d'anxiété), car son cerveau perçoit l'absence du produit comme un déséquilibre douloureux (Reynaud, 2016).

2.2. Dépendance et catégorie de substances

Bien que chaque produit ait sa spécificité, les substances addictives partagent une propriété neurobiologique commune. Elles augmentent de manière excessive le débit de dopamine dans le circuit de récompense (Bergeron & Fortané, 2016; Karila et al., 2004; Reynaud, 2016). Ces substances agissent comme des leurres pharmacologiques qui prennent la place de nos régulateurs naturels (les endorphines par exemple), avec une intensité bien supérieure à la norme (Reynaud, 2016).

Les experts classent les substances par niveaux de dangerosité suivant le *cube de Morel* qui va évaluer la dangerosité du produit selon trois axes distincts. Le premier axe est le potentiel addictif, c'est-à-dire la capacité du produit à créer une dépendance. Par exemple le tabac et l'héroïne ont un potentiel addictif très élevé. Le deuxième axe est le potentiel toxique, c'est dire la capacité d'une substance à provoquer des atteintes physiques. Le tabac et l'alcool présentent, par exemple, un potentiel toxique élevé. Le troisième et dernier axe est le potentiel de modification psychique, soit la capacité à altérer l'humeur et les perceptions, on y retrouve les hallucinogènes (Reynaud, 2016, p. 9).

Cette classification met en lumière un paradoxe important, l'alcool, bien qu'il soit légal et socialement accepté, se classe parmi les substances les plus dangereuses selon les trois axes du cube de Morel. Sa légalité et son acceptation sociale favorisent une consommation généralisée, ce qui engendre des dommages sanitaires importants tant pour l'individu que pour la société, comme la violence, les accidents ou encore les coûts pour les services de santé. Sa dangerosité est souvent sous-estimée par la population, contrairement à d'autres drogues qui sont considérées comme beaucoup plus dangereuses (Reynaud, 2016, p. 4).

3. Les consommateurs

Pour comprendre les consommateurs de drogues, il faut s'intéresser à leurs parcours de vie et aux mécanismes qui les amènent à consommer. La consommation de substances n'est pas simplement une recherche de plaisir, consommer répond souvent à une fonction précise pour l'individu (Khantzian, 1997). L'hypothèse de l'automédication (*SMH*), développée par E. J. Khantzian, postule que les individus qui consomment des drogues le font pour soulager ou modifier un état affectif douloureux. La drogue devient alors un outil pour tenir debout, affronter la réalité et maintenir une stabilité dans un monde qui ne leur convient pas (Nale & Roche, 2016).

La consommation de certaines substances peut changer la perception que l'utilisateur a de lui-même. Certains produits psychotropes aident à stabiliser les pensées négatives, les voix intérieures ou encore permettent à l'individu de se sentir capable d'exister. Par exemple, les opiacés sont utilisés pour atténuer la rage ou l'agression, les stimulants comme la cocaïne aident les personnes qui sont déprimées à retrouver de l'énergie (Khantzian, 1997; Reynaud, 2016). La gestion émotionnelle est aussi une difficulté centrale chez les consommateurs, il

arrive qu'ils soient tellement pris dans leurs émotions, qu'ils ont besoin de consommer pour les canaliser, ou à l'inverse pour raviver des émotions qu'ils ne ressentent plus (Morel, 2021).

La société a très longtemps eu une vision très négative des consommateurs. Pendant des décennies, l'utilisateur était considéré sous un angle moral ou biomédical (pécheur, délinquant ou encore malade, passif) (Cock, s. d.). Cette réalité met en lumière le fait que le terme *toxicomane* est souvent chargé de connotation négative, dénigrant l'individu et l'empêchant d'être pleinement accepté par la société (Rivoirard, 2016). L'utilisateur est perçu comme un vagabond, errant sans but dans les espaces publics. Ces déplacements ont pourtant généralement une finalité précise, la recherche de produit ou encore la survie (Rivoirard, 2016).

En fonction des institutions, les usagers vont s'attribuer des étiquettes différentes. Certains vont revendiquer qu'ils sont toxicomanes, c'est l'identité à laquelle ils s'identifient par défaut étant donné qu'ils ne peuvent adhérer aux autres. Certains usagers au contraire vont refuser de s'identifier à cette étiquette-là, ils vont plutôt dire qu'ils sont consommateurs, car ils savent gérer leur consommation (Rivoirard, 2016). Ils ne se considèrent pas comme malades, la consommation fait partie de leur identité, elle est vue comme une ressource nécessaire pour se maintenir dans la réalité (Nale & Roche, 2016; Reynaud, 2016).

3.1. Lien entre développement psychologique et dépendance

Un point central dans la compréhension des assuétudes est que ce n'est pas le produit qui se trouve au centre de la problématique, mais le sujet et l'usage qu'il fait du produit (Cock, s. d.; Nale & Roche, 2016). Sevrer quelqu'un sans comprendre la cause de sa consommation ne l'aidera pas à arrêter durablement, car il trouvera un autre moyen pour soulager son mal-être. En s'intéressant d'abord au problème que la consommation vise à résoudre, il devient possible d'aider l'utilisateur à trouver d'autres moyens de gérer sa souffrance et ainsi à prévenir une rechute ou l'aggravation de la dépendance (Nale & Roche, 2016). Cette approche rejoint ce que la psychologie nomme le modèle du coping, selon lequel les individus développent différentes stratégies pour essayer de réguler leurs émotions et certaines situations de stress (Delelis et al., 2011), la substance pouvant alors jouer ce rôle de régulation émotionnelle. D'où l'importance de traiter la fonction du comportement plutôt que le seul arrêt de la consommation.

Il existe un lien fort entre les traumatismes précoces et la vulnérabilité addictive. De nombreux usagers ont connu des parcours marqués par des violences physiques, sexuelles

ou émotionnelles, ainsi que des carences affectives, qui ont empêché le développement d'un attachement sécurisant et dont la consommation du produit vient combler le manque (Khantzian, 1997 ; Morel, 2021). Les individus souffrant d'un trouble de stress post-traumatique présentent également un risque élevé de développer une dépendance aux substances car elles ont un effet sur les états d'anxiété liée au traumatisme (Karila & Reynaud, 2016; Khantzian, 1997).

La compréhension des assuétudes reste cependant complexe, chaque usager a sa propre réalité et ses propres souffrances, les variables qui influencent le rapport aux substances dépendent à la fois de l'intérieur de la personne et de son environnement (Lionnez, 2021; Morel, 2021). Cette complexité rend les interventions et les solutions thérapeutiques difficiles à mettre en place et elles ne sont pas toujours adaptées aux réalités des usagers (Lionnez, 2021). Il convient par ailleurs de distinguer l'usager occasionnel de la toxicomanie, c'est-à-dire l'usage compulsif et problématique de substances. la consommation de substances ne se fait pas toujours dans le but d'anesthésier la souffrance du consommateur. Par exemple, on retrouve la consommation d'alcool ou de cannabis dans des contextes festifs ou sociaux, dans ces contextes la consommation a une fonction de lien social (Bergeron, 2009; Morel, 2021).

C'est dans cette logique que s'inscrit le modèle Trivarie d'Olievenstein, selon lequel la toxicomanie est la rencontre entre un produit, une personnalité et un moment socioculturel (Cock, s. d.; Reynaud, 2016). Ces trois dimensions sont constitutives de la consommation, le produit avec ses propriétés pharmacologiques, l'individu avec son histoire et sa vulnérabilité psychologique et le contexte social, environnemental dans lequel la consommation a lieu (Cock, s. d.). Cette approche permet d'évaluer le risque d'évolution vers une dépendance, en tenant compte de la globalité de la situation de l'usager plutôt que du seul produit (Nale & Roche, 2016; Reynaud, 2016).

3.2. Profils à risques ?

L'analyse moderne ne se base plus sur un profil type de *personnalité toxicomane*, mais sur une interaction de facteurs de risque (Karila & Reynaud, 2016). On retrouve plusieurs éléments à prendre en considération pour comprendre pourquoi certains individus sont plus vulnérables que d'autres face à la dépendance (Karila & Reynaud, 2016).

Les facteurs individuels jouent un rôle important. Chaque individu n'est pas égal face aux produits. Des études ont montré que certaines personnes sont prédisposées génétiquement à

être plus vulnérables aux répercussions sur la santé liées à la consommation de drogues (Karila & Reynaud, 2016). On peut aussi parler de la personnalité de l'individu, certains traits comme la recherche de sensations, l'impulsivité, la difficulté à gérer ses émotions ou encore la souffrance psychologique peuvent favoriser le recours aux substances (Karila & Reynaud, 2016; MILDECA, s. d.). La précocité de la première consommation constitue également un facteur de risque important, car plus une personne commence à consommer jeune, plus le risque d'évolution vers une dépendance est élevé (Karila & Reynaud, 2016; Reynaud, 2016).

Les facteurs familiaux sont également à prendre en compte. L'histoire familiale de l'utilisateur peut révéler des éléments qui expliquent en partie le recours à la consommation (Barihely et al., 2024). On retrouve régulièrement dans ces parcours des antécédents d'abus d'alcool ou de médicaments chez les parents, des épisodes psychiatriques dans la famille, un climat de violences intrafamiliales, des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels, ou encore l'absence d'un parent dans l'éducation de l'enfant (Barihely et al., 2024; Karila & Reynaud, 2016). Ces éléments familiaux peuvent provoquer des ruptures de l'attachement et favoriser le développement d'une vulnérabilité psychologique qui augmente le risque de recours aux substances (Khantzian, 1997; Morel, 2021).

L'attitude à l'égard des drogues constitue également un facteur d'influence. Les représentations et les idées que les individus ont des drogues peuvent influencer leur usage (MILDECA, s. d.). Quand l'individu consomme un produit, c'est aussi parce qu'il est dans l'attente des effets engendrés par celui-ci, parce que la consommation lui permet d'appartenir à un groupe social (Bergeron, 2009; Morel, 2021). La première expérience de consommation est vécue différemment d'une personne à l'autre. Certains vont détester et ne plus jamais y toucher, tandis que d'autres vont vivre l'expérience de manière positive et seront peut-être plus enclins à recommencer (Bergeron, 2009; MILDECA, s. d.).

Enfin, le mythe de l'escalade est une thématique souvent mise en avant dans les débats concernant les assuétudes. Selon ce mythe, un usager qui commence à consommer de la drogue va toujours vouloir en augmenter les effets en allant des produits les moins dangereux aux plus risqués. Par exemple, l'idée que le cannabis serait la voie royale qui mène à l'héroïne est régulièrement reprise comme exemple (Bergeron, 2009). Ce mythe reste cependant très flou et il n'existe pas de confirmation scientifique que ces suppositions soient vraies (Bergeron, 2009; Reynaud, 2016).

4. Prise en charge clinique des assuétudes

La prise en charge clinique des assuétudes repose sur une compréhension globale de l'individu et de son interaction avec son milieu de vie. Plusieurs modèles théoriques coexistent dans la pratique clinique (Adler, 2009; Reynaud, 2016).

Le modèle biomédical *BM* perçoit l'individu comme un système ouvert, qu'on peut comparer à une machine défectueuse dont l'ont peut réparer les dysfonctionnements sans forcément établir de relation thérapeutique profonde avec lui (Adler, 2009). Dans ce modèle, l'addiction peut être vue comme une maladie du cerveau provoqué par un dérèglement neurobiologique du circuit de la récompense par la dopamine (Adler, 2009; Reynaud, 2016).

Le modèle biopsychosocial *BPS* constitue aujourd'hui le modèle de référence en matière de prise en charge clinique. Il considère l'individu comme un système à la fois ouvert et fermé, c'est-à-dire qu'il le considère comme porteur d'une réalité individuelle et d'une histoire personnelle qui ne peut être comprise que dans le cadre d'une alliance thérapeutique (Adler, 2009).

On retrouve aussi le modèle Trivarie (comme cité précédemment), qui est un modèle dérivé du modèle BPS. Il analyse l'addiction comme l'interaction permanente entre trois facteurs ; le produit avec son potentiel addictif et sa toxicité, l'individu avec son histoire, son état de santé mentale, et l'environnement avec le milieu de vie et le statut social (eurotox asbl, 2017; eurotox asbl & FSMB, 2023; Reynaud, 2016). L'approche dimensionnelle du DSM-5 constitue un autre outil de référence dans la compréhension des assuétudes. Elle remplace l'ancienne vision binaire portée sur l'usage vs la dépendance, on s'intéresse maintenant à un continuum de sévérité, basé sur 11 critères cliniques (Reynaud, 2016).

Sur le plan thérapeutique, les différentes approches visent à restaurer le contrôle de la consommation ou à réduire les dommages sur l'individu. Le sevrage consiste en l'arrêt total de la consommation du produit, de manière brutale ou progressive. Cette méthode doit être préparée, planifiée et supervisée, le sevrage forcé est inefficace et potentiellement nuisible (eurotox asbl, 2017). Il est recommandé de privilégier le cadre ambulatoire, le patient restant dans son milieu de vie dans la mesure du possible, l'hospitalisation étant réservée aux cas complexes (Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH), 2002; eurotox asbl, 2017). Le traitement de substitution quant à lui, est utilisé principalement pour les opiacés

(la méthadone par exemple), il est prescrit comme médicament à longue durée d'action avec pour but de supprimer le manque et le craving, tel que défini précédemment (eurotox asbl, 2017). Il favorise ainsi la stabilisation sociale et l'adhésion au traitement (eurotox asbl, 2017).

On retrouve aussi comme approche la réduction des risques. Celle-ci adopte une approche pragmatique et non moralisatrice, considérée comme un pilier de la prise en charge, elle ne conditionne pas l'aide à l'abstinence et vise plutôt à limiter les dommages sanitaires et sociaux, en fournissant par exemple du matériel stérile, le testing de produit ou encore l'accès à des salles de consommation à moindres risques (eurotox asbl, 2017; eurotox asbl & FSMB, 2023; Nale & Roche, 2016).

Enfin, les thérapies psychosociales viennent compléter ces approches. L'entretien motivationnel aide l'utilisateur à explorer et résoudre son ambivalence face au changement, en renforçant sa motivation à évoluer sans porter de jugement sur sa situation (eurotox asbl, 2017). Les thérapies cognitivo-comportementales visent à déconstruire les pensées automatiques liées à la consommation et à apprendre des stratégies pour faire face aux situations à risques (eurotox asbl, 2017). La thérapie systémique, elle, implique l'entourage et la famille, étant donné que le dysfonctionnement familial peut provoquer et entretenir l'assuétude (eurotox asbl, 2017; Nale & Roche, 2016).

L'environnement joue aussi un rôle central dans la prise en charge. Le contexte social, surtout la criminalisation ou la stigmatisation, façonne les dommages liés aux drogues. Par exemple, la criminalisation et la stigmatisation peuvent constituer un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé en poussant les usagers à consommer dans l'isolement et l'urgence (eurotox asbl, 2017; Rhodes, 2009). À l'inverse, un milieu de vie stable et sécurisant est un facteur de protection important et peut favoriser une rémission naturelle (Rhodes, 2009; Soulet, 2008). La prise en charge doit inclure le travail sur les besoins fondamentaux, comme l'accès aux droits sociaux, le soutien à l'emploi et l'accès au logement (eurotox asbl, 2017).

En Belgique la prise en charge des assuétudes met l'accent sur la multidisciplinarité et la continuité des soins. Les maisons d'accueil sociosanitaires, aussi appelées *MASS* ou *MSOC* en néerlandais, offrent un accueil de première ligne à bas seuil, sans exigence d'abstinence et en proposant souvent des traitements de substitution (Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH), 2002; eurotox asbl, 2017). Les hôpitaux généraux et psychiatriques interviennent pour les phases aiguës et les doubles diagnostics. Les médecins généralistes

sont encouragés à assurer un suivi de proximité, notamment pour les traitements de substitution (Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH), 2002). Par ailleurs, le décret du 14 juillet 1997, portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française, définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social, organisant la prévention en trois niveaux ; le primaire, le secondaire et le tertiaire (Décret 1997). La promotion de la santé, ainsi que les différentes approches qui en découlent, seront développées en détail dans le chapitre suivant.

II. La réduction des risques

La réduction des risques, ou *RDR*, s'inscrit dans un cadre plus large qui inclut deux autres approches fondamentales de la santé publique : la promotion de la santé et la prévention. Ces trois approches sont complémentaires mais distinctes, chacune s'adressant à des publics différents tout en poursuivant des objectifs complémentaires. Elles n'interviennent pas au même moments dans le parcours de vie des individus (Décret 1997; Bastien, 2011). La promotion de la santé est le cadre de base, c'est la démarche la plus globale, la prévention et la *RDR* s'inscrivent à l'intérieur de ce cadre. La prévention intervient en amont , auprès d'individus qui ne consomment pas encore, tandis que la réduction des risques, quant à elle intervient en complémentarité de la prévention, auprès de personnes qui consomment déjà, sans émettre le moindre jugement sur la consommation (Décret 1997; Bastien, 2011). Pour comprendre la *RDR*, il est nécessaire de définir d'abord la promotion de la santé et la prévention (Décret 1997; Bastien, 2011).

1. La promotion de la santé

La promotion de la santé est définie par le cadre légal belge, plus précisément par le décret de 1997, comme un processus permettant aux individus et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé afin de l'améliorer (Décret 1997). Elle privilégie une prise en charge collective et solidaire, fusionnant à la fois le choix personnel de chaque individu et la responsabilité sociale, le but est d'améliorer le bien-être de la population tout en mobilisant l'ensemble des politiques publiques (Décret 1997). La promotion de la santé se base sur une conception de la santé comme un état de bien-être physique, mental et social contrairement à la médecine curative qui elle vise exclusivement le traitement des maladies (Bastien, 2011, p. 2).

Plusieurs stratégies d'interventions sont mises en place, principalement inspirées de la Charte d'Ottawa (OMS 1986, p. 3). La première stratégie est la participation communautaire, elle va permettre aux individus d'être auteurs de leur propre santé en les impliquant dans la conception et la réalisation des projets qui les concernent (Bastien, 2011). Cela suppose qu'il faut entendre la parole des usagers pour qu'elle fasse sens et pouvoir les aider au mieux dans les démarches (Bastien, 2011). L'individu n'est plus vu comme passif mais actionnaire de sa santé. La deuxième stratégie est l'action sur le milieu de vie et consiste à agir sur le contexte

social, sanitaire ou économique d'une population, en particulier les milieux défavorisés (Bastien, 2011; OMS 1986). Concrètement, cela consiste en l'accompagnement des intervenants de première ligne dans le but de les former pour qu'ils interviennent sur le terrain de la manière la plus appropriée pour les usagers, en prenant en compte l'individu qu'ils rencontrent et l'environnement (Bastien, 2011). Une troisième stratégie est le développement des aptitudes personnelles, c'est-à-dire restaurer la confiance des individus dans leurs compétences et leur donner les outils et les clés pour faire des choix éclairés (Bastien, 2011). En quatrième lieu on retrouve la réorientation des services, cette stratégie vise à transformer les structures de soins, d'enseignement ou de loisirs, comme les écoles ou les hôpitaux, pour qu'elles accueillent mieux les publics stigmatisés. Le but est de développer une réflexion sur l'éthique de l'accueil en abandonnant toute forme de jugement envers les usagers (Bastien, 2011). La cinquième et dernière stratégie est la concertation intersectorielle, elle consiste à dialoguer et collaborer entre les différents secteurs, comme la justice, l'enseignement ou encore l'aide à la jeunesse, pour assurer une cohérence des politiques publiques (Décret 1997; Bastien, 2011; OMS 1986).

Ces stratégies s'inscrivent dans un travail à long terme, elles prennent du temps à produire des résultats visibles (Bastien, 2011). C'est un développement personnel et social qui vise à faire évoluer les représentations et les mentalités, en développant des formations continues pour les professionnels (Bastien, 2011). La promotion de la santé ne met pas en place des stratégies à court terme, elle opère à travers des transformations profondes qui agissent sur le comportement des individus et la conscience collective (Bastien, 2011; OMS 1986).

Il est important de distinguer la promotion de la santé de la prévention. Bien que les deux soient liées, la prévention agit sur des facteurs de risques précis et ciblés, alors que la promotion de la santé va agir sur les déterminants globaux de la santé, sur le long terme (Bastien, 2011). La promotion de la santé a un objectif plus large, elle vise à mobiliser tous les individus et à ce qu'ils agissent sur leur santé. La prévention, elle, a un objectif plus spécifique qui est de diminuer, d'éviter le développement de maladies (Bailly, 2009). On notera également que la prévention est associée aux facteurs de risque, tandis que la promotion de la santé est associée aux facteurs de protections (c'est-à-dire les éléments qui renforcent la résistance d'un individu face aux risques pour sa santé) (Bastien, 2011). Néanmoins la prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé (Décret 1997).

2. La prévention

La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé. Elle met en place des actions pour éviter qu'une maladie ou une dépendance n'apparaisse au sein d'une population, elle intervient avant que le problème n'apparaisse (Bailly, 2009; Bastien, 2011). La prévention se concentre sur les facteurs de risques, souvent précis et ciblés, contrairement à la promotion de la santé qui agit sur les facteurs de protection et les déterminants globaux de la santé (Bailly, 2009; Bastien, 2011). Le but principal de la prévention est d'informer, sensibiliser et éduquer les individus sur les dangers qu'ils peuvent encourir en consommant, sans pour autant avoir un discours moralisateur et véhiculant la peur (Bastien, 2011).

On retrouve trois niveaux d'intervention de la prévention, ces niveaux sont classés en fonction du stade de la maladie (Décret 1997; Bailly, 2009, p. 170). La prévention primaire intervient avant le développement de tout problème de santé, elle s'adresse aux individus qui ne consomment pas encore et à leur entourage, l'objectif étant d'empêcher l'apparition de possibles comportements à risques (Bailly, 2009). Par exemple, les campagnes de vaccination, l'éducation à la santé en milieu scolaire etc. (Bailly, 2009). La prévention secondaire vise à détecter les premiers signes d'un problème pour éviter son aggravation (Bailly, 2009). Ici on parle de dépistage précoce, l'objectif étant d'intervenir avant qu'une consommation occasionnelle n'évolue vers une dépendance à risque. Par exemple, les dépistages anonymes ou les tests d'auto-évaluation de la consommation font partie des actions de la prévention secondaire (Bailly, 2009; eurotox asbl, 2019). Le dernier niveau est la prévention tertiaire, elle s'adresse aux individus présentant des troubles déjà établis. Elle vise à prévenir les rechutes et l'apparition de complications, ici on parle plus de prise en charge thérapeutique que de la prévention pure et dure (Bailly, 2009; Bastien, 2011). On retrouve dans cette catégorie la réadaptation, la rééducation ou encore les groupes d'entraide pour l'abstinence (Bailly, 2009).

En complément de cette classification on retrouve une typologie plus moderne, orientée vers les publics. Ici on distingue les interventions en fonctions du public cible plutôt que selon le stade de la maladie (Bailly, 2009, p. 171). D'abord la prévention universelle qui s'adresse à l'ensemble de la population, il n'y a pas de distinction entre les individus, par exemple la prévention diffusée à travers les médias ou les campagnes de sensibilisation (Bailly, 2009; Marlatt & Witkiewitz, 2002). Ensuite la prévention sélective cible des groupes d'individus qui présentent des facteurs de risque spécifiques, par exemple les jeunes venant de milieux

défavorisés ou des personnes ayant des antécédents familiaux liés à la dépendance (Bailly, 2009; Marlatt & Witkiewitz, 2002). Pour finir, la prévention indiquée s'adresse à des individus à très haut risque, manifestant déjà des symptômes précoces liés à la dépendance (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Par exemple, des programmes d'intervention pour les enfants qui présentent des comportements agressif dans le milieu scolaire (Bailly, 2009).

On peut dire que la prévention a plusieurs facettes sur le terrain, ses actions sont variées. On peut retrouver par exemple des formations destinées aux professionnels sur les comportements à risques et les méthodes d'interventions, des actions menées en milieu scolaire permettant un échange entre les professionnels et les jeunes, lors des festivals on retrouve aussi des stands pour informer les festivaliers sur les risques liés à la consommation, etc. (Bailly, 2009; Bastien, 2011). Ces actions illustrent bien le fait que la prévention intervient toujours en amont de la consommation, ce qui la distingue de la réduction des risques qui elle s'adresse aux individus qui consomment déjà (Bailly, 2009; Marlatt & Witkiewitz, 2002).

3. La réduction des risques

La réduction des risques, *RDR*, est une démarche de la promotion de la santé et complémentaire de la prévention, même si elle s'en distingue fondamentalement. Là où la prévention agit pour empêcher l'apparition de comportements à risque auprès d'individus qui ne consomment pas encore, la *RDR* s'adresse principalement aux personnes qui consomment déjà, en ne portant pas de jugement sur leur comportement et en les aidant à réduire les risques liés à leur consommation (Marlatt, 1996; Vanthournhout, 2001). Elle a pour but de réduire les dommages sanitaires, sociaux et judiciaires qui peuvent être engendrés par la consommation, réduisant l'impact sur l'individu et son entourage (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Nale & Roche, 2016). C'est une démarche pragmatique qui part du principe que le risque zéro n'existe pas et que l'usage de drogues est une réalité sociale qui mérite plus d'attention et d'intervention (Marlatt, 1996). À l'inverse de la prévention qui adopte une démarche centrée sur l'abstinence, la *RDR*, reconnaît l'usage de drogue et leur consommation, elle reconnaît que l'utilisateur est capable de choix éclairés et cherche à comprendre les raisons de sa consommation sans condition ni jugement (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Nale & Roche, 2016).

3.1. L'émergence de la RDR

La réduction des risques est apparue principalement comme une démarche ascendante, c'est-à-dire que ce sont les usagers eux-mêmes qui ont porté cette démarche et non les politiques ou les institutions qui ont imposé cette approche (Vanthournhout, 2001). La *RDR* a fait sa première apparition au Pays-Bas en 1984, avec les premiers programmes d'échange de seringues pour réduire les risques d'infections. Cette initiative avait été lancée par le groupe *Junkie bond*, une association d'usagers de drogues (Vanthournhout, 2001). En 1985 apparaît le modèle de Liverpool, face à une vague de consommation d'héroïne et à l'explosion des risques de la propagation du Sida, certains médecins ont intégré le vécu des usagers et mis en place l'échange de seringues ainsi que la prescription de méthadone à large échelle (Marlatt, 1996; Vanthournhout, 2001). L'épidémie de VIH au début des années 1980 a forcé les institutions à trouver d'autres solutions plus efficaces, de nouveaux dispositifs ont donc été mis en place et c'est de là que s'est développée la *RDR* (eurotox asbl, 2019). Les dispositifs basés sur l'abstinence ayant été un échec, certains professionnels de santé et institutions ont rapidement rejoint ce mouvement en développant des dispositifs innovants, parfois en dehors du cadre légal de l'époque, pour pouvoir sauver des vies (Marlatt, 1996; Nale & Roche, 2016; Vanthournhout, 2001). La *RDR* fait son apparition en Belgique vers les années 90, l'idée de limiter les risques liés à la consommation prend le dessus sur la volonté d'abstinence. On se tourne donc davantage vers les usagers et les causes qui les poussent à consommer (Nale & Roche, 2016; Vanthournhout, 2001).

3.2. Les principes fondamentaux de la réduction des risques

Les principes fondamentaux de la réduction des risques la distinguent des autres approches de santé publique (Marlatt, 1996; Nale & Roche, 2016). Le premier est le pragmatisme, la *RDR* agit sur le monde tel qu'il est, en postulant que le risque zéro n'existe pas et que les usagers de drogue sont une réalité sociale (eurotox asbl, 2019). De ce principe découle la mise en place de solutions concrètes et immédiates, comme la distribution de matériel stérile (Hoareau, 2007; Vanthournhout, 2001). Le deuxième principe est le non-jugement, c'est une condition éthique pour établir un lien de confiance avec l'utilisateur (eurotox asbl, 2019). Les professionnels accueillent l'utilisateur sans porter un regard moralisateur sur sa consommation, le considérant comme une personne à part entière, avec sa dignité humaine (eurotox asbl, 2019; Médecins du Monde, 2013; Vanthournhout, 2001). Le troisième principe est l'aller-vers, ou *Outreach*, il s'agit de ne pas attendre que l'utilisateur vienne chercher de l'aide auprès des institutions, mais d'aller directement à la rencontre de l'utilisateur dans son milieu de vie,

que ce soit dans la rue, dans les festivals, les squats ou encore sur les réseaux sociaux (eurotox asbl, 2019; Médecins du Monde, 2013). Cela peut passer aussi par des unités mobiles ou des intervenants pairs qui partagent ou ont partagé le même vécu que l'utilisateur (Hoareau, 2007; Vanthournhout, 2001). Le quatrième et dernier principe est le bas seuil d'exigence, les services offrent l'accessibilité à tous, les usagers peuvent rester anonymes s'ils le souhaitent lorsqu'ils demandent de l'aide, mais aussi les interventions sont gratuites et sans condition préalable d'entrée en traitement ou de sevrage (Marlatt, 1996; Nale & Roche, 2016). L'idée est de supprimer les obstacles à l'accès aux soins pour pouvoir toucher un plus grand nombre d'utilisateurs possible (eurotox asbl, 2019).

3.3. Le cadre légal belge

En Belgique, la réduction des risques est reconnue officiellement comme un pilier de la politique de santé publique en matière d'assuétudes, aux côtés de la prévention, du soin et de la répression (Décret 1997; Vanthournhout, 2001). Elle bénéficie d'une base légale via le décret de 1997 sur la promotion de la santé en Communauté française. Des outils concrets, comme des kits d'injections, sont disponibles dans certaines surfaces d'animation et lieux festifs, on peut également en trouver en pharmacie depuis 1998. Cela témoigne d'une reconnaissance officielle de l'approche (eurotox asbl, 2019; Vanthournhout, 2001). Cependant, malgré cela le financement reste très limité, la *RDR* ne capte qu'environ 0,39% du budget global consacré aux assuétudes en Belgique contre 29% pour la sécurité et 68% pour l'assistance hospitalière (eurotox asbl, 2019; Vanthournhout, 2001). Ce contraste budgétaire illustre bien le décalage qui existe entre la reconnaissance théorique de la réduction des risques et les moyens réellement accordés à sa mise en pratique.

3.4. La réduction des risques en milieu festif belge

Le milieu festif belge constitue un terrain particulièrement privilégié pour la mise en œuvre de la réduction des risques. Elle s'applique à travers une diversité de stratégies pragmatiques visant à sécuriser les usagers là où ils sortent en soirées, que ce soit en festivals, en raves ou en soirées étudiantes (Décret 1997; Marlatt & Witkiewitz, 2002). Dans le milieu festif, on retrouve énormément d'utilisateurs qui sont présents de manière occasionnelle, et dont les pratiques de consommation comportent des risques spécifiques pour leur santé physique et psychologique (Hoareau, 2007; Vanthournhout, 2001). Ces utilisateurs occasionnels peuvent manquer d'information sur les substances consommées, sur les interactions possibles ou sur les signes d'alerte, ce qui augmente le risque de consommation problématique. Plusieurs

dispositifs sont mis en place dans ces lieux : on retrouve par exemple des stands d'information installés dans les discothèques ou dans les festivals permettant d'engager le dialogue avec les usagers sur la consommation, tout en évitant d'être trop intrusif (Hoareau, 2007; Modus Vivendi, 2016). Il y a aussi des « relax zones », ce sont des espaces de repos préservés du bruit et de la cohue, qui offrent un environnement calme aux usagers pour se détendre, s'hydrater ou discuter avec du personnel médico-social. Il y a un encadrement mis en place pour prendre en charge les difficultés, telles que les malaises, les crises d'angoisse ou les overdoses, que peuvent rencontrer les consommateurs (Hoareau, 2007). Du matériel est également mis à disposition gratuitement, comme des bouchons d'oreille, des préservatifs ou encore du matériel stérile (Hoareau, 2007). L'analyse, ou *testing*, de produits apportés par les usagers est aussi mis en place par certaines structures comme Modus Vivendi par exemple. Ces analyses sont une porte d'entrée pour discuter de la consommation et alimenter le système d'alerte précoce en cas de circulation de produit dangereux (Hoareau, 2007). Comme dernier exemple de dispositif on retrouve aussi le label *Quality Night*, c'est un partenariat entre différentes institutions et établissements festifs (salles de concert, festivals) qui en échange de ce label, s'engagent à offrir certains services minimaux de première nécessité, comme de l'eau, du personnel de sécurité formé aux premiers secours et la diffusion de messages préventifs (Hoareau, 2007).

Ces actions développées dans les lieux festifs touchent directement les jeunes adultes et les étudiants qui représentent la population qui fréquente le plus ces espaces (Hoareau, 2007; Vanthournhout, 2001). En Belgique, le milieu universitaire est caractérisé par des événements festifs assez spécifiques, on retrouve des regroupements de jeunes qui consomment à travers plusieurs traditions estudiantines, comme les baptêmes ou les soirées dans les cercles, ce qui favorise des consommations importantes de certaines substances comme l'alcool ou le cannabis (Nale & Roche, 2016). C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail de recherche qui va s'intéresser aux étudiants, en particulier à ceux étudiants sur le site de Louvain-la-Neuve, à leurs habitudes de consommation et aux dispositifs de *RDR* mis en place à l'UCLouvain.

4. Tableau comparatif des trois approches de santé publique

	Promotion de la santé	Prévention	Réduction des risques
Public cible	Toute la population	Individus ne consommant pas encore et leur entourage	Individus qui consomment déjà
Objectif	Améliorer le bien-être de la population en agissant sur les facteurs déterminants de la santé	Informar, sensibiliser et éduquer les individus pour éviter l'apparition de comportements à risque	Réduire les dommages sanitaires, sociaux et judiciaires liés à la consommation
Moment d'intervention	Sur le long terme, sans résultat immédiat visible	En amont, avant que le problème n'apparaisse	Pendant la consommation, sans condition préalable
Approche	Collective et solidaire, agit sur les facteurs de protection	Ciblée sur des facteurs de risque précis, sans discours moralisateur	Pragmatique, individuelle et sans jugement
Rapport à la consommation	Agit sur les déterminants globaux de la santé	Vise à éviter ou réduire la consommation	Reconnaît la consommation comme une réalité sociale
Cadre légal belge	Décret du 14 juillet 1997	Inscrit dans le décret du 14 juillet 1997	Reconnue officiellement comme pilier politique de santé publique en matière d'assuétudes

(Décret 1997 ; Bailly, 2009 ; Bastien, 2011 ; Hoareau, 2007).

Ce tableau met en évidence que ces trois approches, bien que distinctes, sont complémentaires et s'inscrivent toutes dans une démarche de promotion de la santé. Elles s'articulent entre elles, en se rejoignant sur le but premier qui est le bien-être de la population. Ces approches ont pour but de répondre aux besoins des différents publics à différents moments de leur parcours de vie (Décret 1997; Bastien, 2011; Marlatt, 1996).

III. Les étudiants et la réduction des risques

1. La consommation étudiante

La consommation d'alcool est depuis plusieurs années ancrée comme norme sociale dans le milieu étudiant belge. Cette consommation est souvent perçue comme un « lubrifiant social », facilitant les rencontres et les interactions avec les pairs.

L'enquête de l'*Observatoire de la vie étudiante* montre qu'entre 82% et 95% des étudiants consomment de l'alcool. L'âge moyen du début de la consommation tourne autour de 16 ans et 35% des jeunes disent voir une augmentation de leur consommation depuis leur entrée à l'université (Sourdin & Paume, 2023). Un étudiant sur quatre s'enivre au moins une fois par semaine. Dans l'enquête menée par Du Brulle en 2016, seulement 8% des étudiants déclarent ne jamais avoir consommé d'alcool.

Selon l'enquête menée par *Modus Vivendi*, les étudiants consomment environ 15 verres d'alcool de manière hebdomadaire ce qui est défini comme excessif ce qui dépasse les seuils fixés par l'OMS, soit 14 verres par semaine pour les femmes et 21 hommes.. Il y a donc une surconsommation de l'alcool auprès des étudiants. (Hogge & Walewyns, 2016, p. 8).

Le phénomène du *binge drinking* se trouve au centre de la problématique de surconsommation. Ce concept est ancien dans le milieu étudiant, son identification comme méthode de consommation date du début des années 2000. Le *binge drinking* est l'action de boire au moins 5 à 6 verres d'alcool en un laps de temps très court (environ deux heures) pour atteindre un état d'ivresse rapidement. L'un des effets fréquemment observés de cette pratique est le « *Black Out* », que l'on peut définir comme l'incapacité d'un sujet de se souvenir de tout ou d'une partie des événements qu'il a vécu la veille. (Maurage & Campanella, 2021). Environ 40% de la population estudiantine de l'UCL sont touchés par ce phénomène. Cette pratique est surtout utilisée aux pré-soirées, c'est-à-dire lors de soirées dans des kots avant de se retrouver dans les lieux festifs (Du Brulle, 2016).

Certains profils sont plus à risque que d'autre d'avoir une consommation excessive. Les hommes consomment globalement plus que les femmes et sont plus enclin à adopter des comportements à risques. Cependant on peut voir une augmentation de la consommation chez les femmes (« Alcool en milieu étudiant », 2009, p. 5). On retrouve plus de consommation auprès des étudiants se trouvant en Bac1 et Bac2 ayant entre 18 et 20 ans. Arrivés à la fin des études les étudiants ont tendance à diminuer leurs sorties et leur

consommation d'alcool (« Alcool en milieu étudiant », 2009, p. 5). Parmi les facteurs influençant la consommation d'un étudiant, on retrouve son milieu de vie. Si l'étudiant loge en kot (logement étudiant se trouvant le plus souvent sur le site de l'université), il présente un taux de surconsommation de 27,2%, contre 17,6% pour ceux vivant chez leurs parents (« Alcool en milieu étudiant », 2009, p. 17). Un dernier élément qui peut jouer sur la surconsommation est la participation au folklore étudiant, qui est un contexte propice à l'incitation à la surconsommation d'alcool. Selon C. Barbier « environ 20 à 30% des étudiants sont catégorisés comme des guindailleurs réguliers ». Cette consommation peut aussi être associée à la prise d'autres psychotropes, comme le cannabis ou des médicaments. (Barbier, 2008)

Comme énoncé précédemment, la consommation d'alcool est utilisée comme un « lubrifiant social », c'est-à-dire que la consommation est majoritairement utilisée dans le but de sociabiliser, d'aider à se relaxer ou encore de s'intégrer dans un groupe. L'appartenance à un groupe, faire partie de la norme, sont des facteurs psychosociaux importants à prendre en considération pour comprendre la consommation des étudiants. Il y a une tendance à surestimer la consommation des pairs ce qui peut entraîner une augmentation de la consommation pour « faire comme les autres » (« Alcool en milieu étudiant », 2009, p. 13-16). Le stress est aussi un facteur de consommation, qu'il soit lié aux études ou à l'adaptation dans un nouvel environnement social, le stress pousse à la consommation (Du Brulle, 2016).

Une consommation abusive, même espacée, peut entraîner des altérations durables sur le fonctionnement du cerveau et du corps humains. Certains risques peuvent être à court ou long terme, mais les risques s'avèrent plus élevés chez les jeunes étant donné que le cerveau se développe jusqu'à 25 ans (« Alcool en milieu étudiant », 2009, p. 7). Si la consommation devient excessive, elle peut entraîner une dépendance (« Alcool en milieu étudiant », 2009, p. 5). Il y a aussi un lien entre les résultats académiques et la consommation d'alcool auprès des jeunes, on retrouve une forte corrélation entre l'échec scolaire et l'état d'ivresse des étudiants (« Alcool en milieu étudiant », 2009, p. 12).

L'alcool est une des substances principales de la consommation étudiante. Cependant d'autres produits font partie de la vie étudiante, on retrouve par exemple le cannabis qui est une des substances illicites la plus consommée. On peut retrouver aussi le tabac et les

boissons énergisantes, ceux-ci sont souvent utilisés en conjonction avec la consommation d'alcool (Sourdin & Paume, 2023, p. 23-24).

2. Le contexte de Louvain-La-Neuve

Pour comprendre le rapport des étudiants avec la réduction des risques et leur consommation de substances, il faut d'abord comprendre le contexte dans lequel ils évoluent. Louvain-La-Neuve est une ville principalement étudiante, ce qui en fait un cadre de vie particulier. C'est une des villes les plus jeunes d'Europe, créée en 1971 par l'université elle-même, suite à l'expulsion des étudiants francophones de la ville de Leuven (*Louvain-la-Neuve | Université catholique de Louvain*, s. d.). Une des grandes caractéristiques de cette ville est qu'elle soit piétonnière, la circulation automobile se fait pour une grande partie autour de la ville ou en souterrain. Cela permet donc au centre-ville d'être un espace de vie partagé où les étudiants et les habitants se croisent régulièrement. (*Louvain-la-Neuve | Université catholique de Louvain*, s. d.). Cet espace piétonnier permet de se déplacer de manière sécurisée entre les différents lieux d'animations, sans risque lié à la circulation automobile, ce qui peut également lever un frein habituel à la consommation d'alcool, celui de devoir prendre le volant (Association des Sociétés et des Bourses de l'UCL, 2013, p. 14-16).

La vie étudiante à Louvain-La-Neuve est organisée en quatre types de groupements principaux, qui ensemble représentent le folklore louvaniste : Les cercles, qui sont des associations liées à une faculté (par exemple le CI, le cercle industriel qui regroupe les étudiants en ingénierie ou encore la MDS, la maison des sciences qui rassemble les étudiants en sciences et biomédecine), ils ont souvent à leur disposition des locaux qu'ils utilisent comme salle de « guindaille/fête » afin de promouvoir et faire perdurer ce folklore étudiant. Les régionales, qui rassemblent les étudiants par origine géographique (par exemple la Lux (Luxembourg), la Liégeoise (Liège) ou encore la Carolo (Charleroi)), ils font partager aux autres étudiants leur folklore régional. Les kap (Kots-à-Projet), ce sont des logements communautaire où les étudiants partagent un projet social, culturel ou de santé, il y en a environ 80 sur la site de Louvain-La-Neuve (par exemple le DeltaKap, le Cyclokot ou le Kot-é-chine). Et pour finir les ordres, ce sont des organisations plus petites et plus discrètes qui regroupent les étudiants sur des valeurs de la camaraderie à vie et le maintien des traditions. On y retrouve souvent les étudiants en fin de cycle ayant déjà un pied dans le monde du travail (Association des Sociétés et des Bourses de l'UCL, 2013, p. 6-10). Chacun

de ces groupements est chapeauté par une organisation faîtière : le Groupement des Cercles Louvanistes (GCL) pour les cercles, la Fédération Wallonne des Régionales (Fédé) pour les régionales, et l'Organe pour les kots à projets. Deux grandes caractéristiques de ce folklore sont le baptême (rite d'intégration volontaire, réglementé par une charte signée par tous les représentants des cercles et régionales, lors duquel la consommation d'alcool est souvent implicitement attendue (Charte AUNE UCLouvain, 2025)) et la calotte (couvre-chef servant de « carte d'identité étudiante », obtenue lors d'une rite de passage marquant la continuité dans le folklore et dont l'obtention s'accompagne fréquemment des mêmes pressions sociales à la consommation) (Association des Sociétés et des Bourses de l'UCL, 2013, p. 7).

Dans le folklore louvaniste, l'alcool est perçu par les étudiants comme un vecteur de socialisation, ils l'associent à des effets positifs, même si cette consommation est excessive, voire considérée comme abusive par les autorités. L'alcool dans la vie étudiante est une préoccupation majeure (Koter Info, 2013). La consommation de substance est fort présente lors des « guindailles ». Ce terme désigne une pratique festive où les étudiants se rassemblent pour chanter, faire des jeux ou des à-fonds. Lors de ces soirées la simple beuverie est largement dépassée, ces soirées sont une tradition historique (Association des Sociétés et des Bourses de l'UCL, 2013, p. 14).

C'est dans ce contexte que plusieurs institutions ont mis en place des mesures de réduction des risques à Louvain-La-Neuve. Parmi celles-ci figurent des formations obligatoires sur la réduction des risques liés à l'alcool et les premiers secours, adressées à tous les responsables des animations, la campagne Guindaille 2.0, qui a créé le poste Délégué Guindaille 2.0 (Koter Info, 2013). Enfin d'autres dispositifs ont été instaurés, tels que la mise à disposition d'eau gratuite dans les cercles et la présence de stadiers (étudiants bénévoles formés qui assurent la sécurité et l'accueil lors d'événements festifs, par exemple les gilets jaunes aux 24h vélo) (Univers Santé ASBL, s. d.).

Ces actions illustrent bien la manière dont la réduction des risques s'adapte aux spécificités d'un contexte donnée. À Louvain-La-Neuve, c'est la combinaison d'une ville piétonnière, d'un folklore étudiant ancré et d'institutions actives sur le terrain qui crée les conditions d'une approche particulière, où les étudiants eux-mêmes sont amenés à devenir acteurs de leurs propre sécurité.

3. La réduction des risques en milieu étudiant

La réduction des risques est apparue à la fin des années 1980, en réponse à une prévention classique qui avait pour but de dissuader les jeunes de consommer. Cependant cette méthode n'était pas efficace auprès des étudiants (Modus Vivendi, 2016, p. 4). C'est autour de 2013 que le développement de la réduction des risques a pris vraiment forme en milieu universitaire, sous la pression politique face aux incidents de plus en plus fréquents, aux préoccupations croissantes de santé publique et aux limites des approches uniquement répressives, notamment face aux constats de surconsommation d'alcool, de *binge drinking* et de pré-soirées de plus en plus fréquentes (Hogge & Walewyns, 2016, p. 5).

Plusieurs acteurs jouent un rôle clé dans le paysage belge de la réduction des risques. Modus Vivendi, ASBL bruxelloise active depuis plus de 20 ans dans le milieu de la réduction des risques, est un des pilotes majeurs dans les universités Bruxelloises (comme l'ULB ou Saint-Louis) (Hogge & Walewyns, 2016). A Louvain-La-Neuve, on retrouve Univers Santé, elle aussi une ASBL spécialisée dans la promotion de la santé auprès des jeunes, elle donc une actrice majeure auprès du folklore louvaniste (Univers Santé ASBL, s. d.). Ces associations travaillent en étroite collaboration avec les cercles et associations étudiantes pour développer des méthodes de réduction des risques adaptées aux réalités de terrain. Eurotox ou l'Observatoire de la Vie Etudiante (OVE), viennent compléter ce dispositif en fournissant des données supplémentaires sur la consommation (Régny et al., 2023).

Sur le terrain, les différents intervenants reposent leurs méthodes d'actions sur une approche multifactorielle. Le pilier central des interventions est la prévention par les pairs; des étudiants membres des Cercles ou Régionales sont formés pour sensibiliser leurs camarades aux risques liés à leur consommation et les éduquer sur les moyens mis en place pour diminuer les risques sur leur santé. Ils partagent le même langage et les mêmes codes, ce qui facilite la communication et la compréhension des risques (Modus Vivendi, 2016, p. 8). On retrouve aussi des dispositifs dans les lieux festifs, comme des espaces de repos (zones calmes où les étudiants peuvent faire un break, par exemple lors des 24h vélo) et la mise à disposition d'eau gratuite lors des soirées. Les étudiants peuvent aussi retrouver à disposition des préservatifs, des bouchons d'oreilles et d'autres matériels de réduction des risques (Hogge & Walewyns, 2016; Univers Santé ASBL, s. d.). Une autre action de terrain est les stands de sensibilisation. Ces stands exposent des affiches et créent des jeux ludiques pour sensibiliser les étudiants sur les risques et tester leurs connaissances sur la

consommation de substances (Hogge & Walewyns, 2016). Pour finir, plusieurs campagnes de communication ont été créées par et pour les étudiants, comme « ça m'saoule » à l'ULB ou « Guindaille 2.0 » à l'UCL. Il y a aussi des formations destinées spécifiquement aux comités de baptême sur la réduction des risques (Hogge & Walewyns, 2016; Univers Santé ASBL, s. d.).

Hogge & Walewyns (2016) ainsi que Modus Vivendi (2016), présentent des actions qui semblent porter leurs fruits sur plusieurs aspects. Il y a une prise de conscience des étudiants sur les risques qu'ils encourent en consommant (Hogge & Walewyns, 2016). Certaines données chiffrées servent de levier pour engager les autorités et les institutions à s'organiser pour mener leurs actions à termes (Hogge & Walewyns, 2016, p. 22). On observe une meilleure acceptabilité des messages sur la réduction des risques auprès des étudiants, les actions mises en place sont plus crédibles et sont plus en adéquation avec la réalité du milieu de vie des jeunes (Gérôme & Guilbaud, 2021). Il y a aussi un travail sur la norme sociale, qui permet de montrer aux étudiants que tout le monde ne boit pas autant qu'ils le croient, réduisant ainsi la pression sociale à la surconsommation (Hogge & Walewyns, 2016, p. 22). On retrouve aussi l'apparition d'une responsabilisation (ce que la psychologie sociale nomme agentivité), caractérisée par le passage d'un modèle d'assistance à un modèle d'autosupport, qui encourage les étudiants à prendre soin les uns des autres et développe des réflexes d'entraide (par exemple ramener un ami, surveiller les verres ...) (Modus Vivendi, 2016). Cependant, les études plus récentes montrent que la consommation excessive reste stable au fil des années (Régny et al., 2023). Les pré-soirées qui se déroulent dans les kots, espaces privés, restent l'endroit où l'on retrouve le plus de cas d'ivresse et de comportements à risque. Or ces sphères privées sont particulièrement difficiles à atteindre pour les acteurs de terrain, ce qui constitue à l'heure actuelle un des défis majeurs de la réduction des risques en milieu étudiant (Hogge & Walewyns, 2016; Régny et al., 2023).

IV. Méthodologie

1. Problématique et objectifs de recherche

La recherche s'intéresse à la perception de la réduction des risques auprès de la population étudiante de l'UCLouvain sur le site de Louvain-la-Neuve. L'objectif principal est d'enquêter sur les différentes méthodes et actions de réduction des risques mises en place sur le site de Louvain-la-Neuve. Le deuxième objectif est de mesurer le degré de connaissance de la RDR auprès des étudiants et d'identifier les facteurs qui influencent positivement ou négativement cette connaissance. La problématique tourne autour de la consommation des étudiants, et de ce que les autorités académiques mettent en place pour parer aux risques qu'engendre cette consommation. On cherche à identifier s'il y a une corrélation entre la connaissance de la réduction des risques par les étudiants et les actions mises en place en la matière par les différentes institutions présentes sur le site de Louvain-la-Neuve.

Ce travail de recherche va donc essayer de répondre à trois questions concrètes : Quelle est le degré de connaissance du concept de réduction des risques des étudiants ? Quelles sont les institutions qui font de la réduction des risques et sont-elles connues de la population estudiantine ? Dans quels cas les étudiants auraient-ils recours aux services de ces institutions ?

Pour répondre à ces questions, la recherche s'appuie sur deux méthodes de collecte de données, à savoir une enquête auprès des étudiants de l'UCLouvain présents sur le site de Louvain-la-Neuve et des entretiens avec les différents acteurs de terrain.

2. Choix de la méthodologie

L'approche méthodologique choisie est une démarche mixte, elle combine à la fois un volet quantitatif et un volet qualitatif. L'approche quantitative a été mise en place à travers un questionnaire afin de mesurer le degré de connaissance de la réduction des risques auprès des étudiants. L'approche qualitative quant à elle a été réalisée à travers des entretiens permettant d'analyser comment les acteurs de terrains perçoivent et mettent en place les actions de réduction des risques. Les entretiens permettent d'éclairer les résultats du questionnaire et de pouvoir mieux identifier les facteurs qui influencent la connaissance de

la réduction des risques. Ces deux approches sont complémentaires dans ce travail de recherche, elles permettent une analyse plus riche et nuancée. Cette approche mixte a été choisie car elle permet de répondre au mieux à la question de recherche.

3. Techniques de collecte de données

3.1. Le questionnaire

Le questionnaire a été diffusé auprès des étudiants de l'UCLouvain, étudiant sur le site de Louvain-la-Neuve et étant inscrits à l'université pour l'année académique 2024-2025. Il a été diffusé à travers les réseaux sociaux, via Facebook et Instagram ou directement envoyé à certains président(e)s de régionales ou cercles. Le questionnaire était structuré en trois parties, la première partie comprenant des questions générales sur les étudiants (s'ils sont inscrits à l'UCL, leur genre, depuis combien de temps sont-ils présents sur le site de Louvain-la-Neuve). La deuxième partie rentre dans le vif du sujet, en commençant par une définition de la réduction des risques pour ensuite questionner les connaissances des étudiants sur le concept et les institutions qui la pratique. La dernière partie du questionnaire est plus qualitative, elle porte sur l'intention de recourir ou non aux services de ces institutions en cas de consommation passée ou future. Les réponses à ces trois axes sont récoltées pour répondre à la question de recherche « *Les dispositifs de réduction des risques à Louvain-la-Neuve sont-ils connus et perçus comme efficaces par les étudiants de l'UCLouvain ?* ». Le questionnaire a été mis en ligne pendant environ un mois et demi et a recueilli 132 réponses. Le questionnaire est disponible en annexe.

3.2. Les entretiens semi-directifs

Pour l'approche qualitative, ce sont les entretiens semi-directifs qui ont été choisis pour explorer les perceptions et les différentes actions menées par les acteurs de terrain. Ils permettent de recueillir des données qualitatives riches tout en gardant une structure thématique cohérente avec les objectifs de la recherche. Ces entretiens permettent aussi de laisser à l'intervenant la possibilité de répondre de manière libre et de développer son propos comme il l'entend, ce qui apporte parfois des éléments non anticipés.

Pour ce travail de recherche, quatre entretiens ont été réalisés entre avril et mai 2025, les rencontres se sont tenues dans différents lieux adaptés en fonction des disponibilités des intervenants et toujours dans un cadre se prêtant au contexte de l'interview, dans les bureaux

du vice-recteur et d'Univers Santé, et dans les kots des étudiants. Les quatre intervenants rencontrés sont : Éloïse Peckel, déléguée Guindaille 2.0 au sein du GCL, Colin Wathelet et Charline, président et responsable « Cadre de vie » de l'Organe, Jean-François Van Drooghenbroeck, vice-recteur aux affaires étudiantes de l'UCLouvain et Anne-Charlotte Baar, chargée de projet à Univers Santé. Ces intervenants ont été sélectionnés en raison de leur implication directe auprès de la population étudiante de Louvain-la-Neuve, via leurs actions de réduction des risques et de prévention liée à la consommation. L'objectif était de rencontrer les acteurs les plus visibles et les plus actifs sur le terrain. Sont donc représentés une institution spécialisée dans la promotion de la santé, une autorité académique et des représentants des collectifs étudiants impliqués dans le folklore étudiant. Un entretien avec un représentant de la Fédération wallonne des Régionales a également été envisagé, cependant il n'a pas pu aboutir pour des raisons de difficultés de coordination. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord des participants et retranscrit via Word pour permettre une analyse approfondie.

Deux guides d'entretien ont été élaborés selon les intervenants rencontrés, l'un étant destiné aux représentants des collectifs étudiants et l'autre destiné aux acteurs des institutions. Les thématiques abordées lors des entretiens étaient les mêmes, cependant les questions ont été adaptées en fonction du profil de l'intervenant et du rôle qu'il joue dans les différentes actions de réduction des risques mises en place sur le terrain. Les thématiques abordées lors des entretiens sont la présentation de l'intervenant et de son organisation, sa définition de la réduction des risques et son degré de connaissance sur le sujet, les différentes actions qui sont mises en place, la visibilité et le public cible de ces actions et la collaboration entre les acteurs de terrain et les difficultés rencontrées.

Le guide a servi de base à la structure de l'entretien, les questions ayant été reformulées ou adaptées selon le déroulement de chaque échange.

4. Méthode d'analyse

4.1. Analyse des données quantitatives

Les données récoltées via le questionnaire ont été exportées depuis Google Forms vers un fichier Excel pour plus de facilité lors de l'analyse des résultats. L'analyse a été réalisée à travers différents tableaux croisés dynamiques afin de déterminer les corrélations entre

plusieurs variables. D'une part les variables indépendantes qui sont les caractéristiques des étudiants de l'échantillon, à savoir l'âge, le genre, l'ancienneté sur le site de Louvain-la-Neuve et la fréquentation des lieux festifs. Ces variables ont été croisées avec des variables dépendantes, c'est à dire ce que l'on cherche à mesurer, à savoir le degré de connaissance de la réduction des risques, la connaissance des institutions qui la pratiquent et l'intention de recourir ou non à leurs services. Pour finir, on a cherché à déterminer s'il y avait un lien entre la connaissance de la réduction des risques et la connaissance des institutions qui la pratique.

L'analyse de la partie qualitative du questionnaire, qui concerne les raisons du recours ou du non-recours aux institutions en fonction de la consommation, a été réalisée de manière thématique. Les réponses ont été regroupées par thèmes récurrents déterminant plusieurs catégories, les réponses similaires ou se rejoignant ont été classées dans les mêmes catégories afin de faire ressortir les thèmes principaux. De là a été établi un tableau reprenant toutes les catégories et permettant une analyse approfondie des réponses.

4.2. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été réalisée selon la méthode d'analyse thématique, sous les conseils du promoteur Christophe Janssen. Cette analyse s'est déroulée en trois phases.

La première phase de cette analyse était d'identifier les notions, les concepts clés en lien avec la réduction des risques, qui ressortaient de la littérature scientifique et pouvant aider à répondre à la question de recherche. À partir de ces concepts, plusieurs thématiques ont été identifiées comme pertinentes : le public cible, les différentes actions de réduction des risques mises en place, la visibilité de ces actions, l'accessibilité, la collaboration entre les différents acteurs de terrain et les difficultés rencontrées.

La deuxième phase de cette analyse a été de découper et réorganiser chaque entretien dans les différentes thématiques. Les entretiens ont été retranscrits puis codés et divisés suivant les thématiques identifiées, permettant de regrouper les informations pertinentes pour chacune d'entre elles.

La troisième phase a été de croiser entre elles les informations découlant des entretiens classées suivant les différentes thématiques. Pour chaque thématique les propos des intervenants ont été regroupés et comparés afin de dégager ce qui ressortait principalement et de repérer les points de convergence et les problématiques communes à chacun. Certaines thématiques non anticipées dans la littérature ont émergées de l'analyse des entretiens,

notamment la question de l'évolution des mentalités ou encore la question de la consommation dans les kots.

5. Rapport critique

5.1. Biais méthodologique

Plusieurs biais méthodologiques sont à prendre en compte dans la réalisation de ce travail de recherche.

Premièrement, en ce qui concerne le questionnaire la méthode d'échantillonnage est non probabiliste. Le questionnaire ayant été diffusé principalement via les réseaux sociaux, naturellement il a touché en priorité les étudiants présents et actifs sur ces plateformes, excluant de fait ceux qui ne les fréquentent pas ou peu. Cela a introduit un biais de sélection qui limite la représentativité de l'échantillon. Il n'est donc pas possible de garantir que l'échantillon obtenu soit représentatif de l'ensemble de la population étudiante de Louvain-la-Neuve qui compte environ 20 000 étudiants. Les résultats ne sont donc pas inférables à l'ensemble de la population et doivent être interprétés comme des tendances analytiques plutôt que comme des données généralisables. Par ailleurs, la diffusion via Facebook et Instagram a entraîné une surreprésentation des répondantes féminines dans l'échantillon, ce qui est aussi un biais important. On parle donc ici d'enquête exploratoire plutôt qu'interprétative, il faut donc interpréter les résultats avec précaution.

En ce qui concerne les entretiens, le nombre d'intervenants rencontrés restreint la diversité des perspectives recueillies. Comme les quatre intervenants ont été sélectionnés pour leur visibilité et pour leur présence sur le site de Louvain-la-Neuve, cela peut également introduire un biais de sélection. Pour finir, dans toute démarche qualitative, il y a une part de subjectivité qui est inévitable dans l'interprétation des données recueillies pendant les entretiens.

5.2. Limites et axes d'amélioration

Plusieurs améliorations auraient été envisageables. Pour commencer, avoir un échantillon plus représentatif de la population, c'est-à-dire plus large et plus diversifié. Pour ce faire le questionnaire aurait pu être diffusé via les institutions académiques auprès de l'ensemble des étudiants de l'UCLouvain. Ce qui aurait permis d'avoir une analyse plus robuste. Ensuite,

au niveau des entretiens, rencontrer davantage d'acteurs de terrain, moins visibles ou moins institutionnalisés, aurait enrichi la diversité des perspectives recueillies. Il aurait été intéressant aussi de comparer les pratiques de réduction des risques mises en place dans d'autres villes universitaires belges, pour peut-être identifier quelques pistes d'actions envisageables pour Louvain-la-Neuve, voire aussi se renseigner sur ce qui est mis en place dans d'autres pays.

Pour finir, une dernière piste d'amélioration aurait été d'approfondir l'étude de la littérature à une recherche sur les pratiques de réduction des risques spécifiquement destinées aux populations étudiantes, cela aurait permis d'élargir le cadre théorique et d'ouvrir des pistes de réflexion supplémentaires.

Ces limites sont liées aux contraintes de temps et de moyens propres à un travail de mémoire et n'invalident cependant pas les résultats obtenus qui restent pertinents dans une perspective exploratoire.

V. Présentation des données récoltées

1. Questionnaires

1.1. Présentation de l'échantillon

<u>Caractéristique</u>	<u>Modalité</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<u>Genre</u>	Femme	100	76 %
	Homme	32	24 %
<u>Âge</u>	22 ans ou moins	66	50 %
	23 ans ou plus	65	50 %
<u>Temps sur LLN</u>	3 ans ou moins	73	55 %
	4 ans et plus	59	45 %
<u>Fréquentation festive</u>	1x/semaine ou moins	77	59 %
	2-3x/semaine	47	36 %
	4x/semaine ou plus	7	5 %

Le questionnaire a été partagé auprès des étudiants de l'UCL étudiant sur le site de Louvain-La-Neuve. Une première remarque est qu'on peut identifier un biais étant donné qu'on a récolté 132 réponses et que la répartition du genre n'est pas égale, nous avons 100 femmes pour 32 hommes. Une deuxième remarque est que pour la catégorie *Fréquentation des lieux festifs* il y a seulement 7 répondants dans la valeur, « 4x/semaine ou plus » il faut donc prendre ce pourcentage avec prudence lors de l'analyse du questionnaire.

1.2. Analyse de la connaissance des institutions et croisement avec d'autres variables

Tableau 1 : Connaissance des services et institutions qui font de la RDR sur le site de LLN

<u>Institution citée</u>	<u>Nombre de citations</u>	<u>%</u>
Guindaille 2.0	16	12%
Univers Santé	15	11%
ThéOk	3	2%
Plan Sacha	2	2%
Cellule Together	1	1%
Point de repère	1	1%
Aucune institution citée	100	76%
Total	132	100%

Dans notre échantillon, on peut voir ici que 76% des répondants n'ont pas été en mesure de citer une seule institutions qui pratique la réduction des risques sur le site de Louvain-la-Neuve.

Les services qui reviennent le plus souvent sont *guindaille 2.0* qui a été cité 16 fois et *Univers Santé* cité 15 fois. On peut retrouver aussi dans une moindre mesure *ThéOk*, le *Plan Sacha*, la *Cellule Together* et le *Point de repère*.

Tableau 2 : Croisement de la connaissance des institutions avec le genre et l'âge

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui		
Répondants	Connaissance institutions			
Genre	Non	Oui	Total général	
Femme	84%	16%	100%	
Homme	50%	50%	100%	
Total général	76%	24%	100%	
Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui		
Répondants	Connaissance institutions			
âge	Non	Oui	Total général	
22 ans ou moins	76%	24%	100%	
23 ans ou plus	75%	25%	100%	
Total général	76%	24%	100%	

Les résultats montrent que dans l'échantillon observé, 50% des hommes connaissent des institutions qui font de la RDR, contre seulement 16% chez les femmes. Cependant, compte tenu du biais lié au genre mentionné plus haut, il faut interpréter ce résultat avec précaution.. Au niveau de l'âge il n'y a pas de grande différence entre les deux groupes, 24% pour les 22 ans ou moins et 25 % pour les 23 ans ou plus.

Tableau 3 : Croisement de la connaissance des institutions avec la présence sur le site de LLN et la fréquentation des lieux festifs

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui		
Répondants	Connaissance institutions			
Ancienneté sur LLN	Non	Oui	Total général	
3 ans ou moins	88%	12%	100%	
4 ans et plus	61%	39%	100%	
Total général	76%	24%	100%	
Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui		
Répondants	Connaissance institutions			
Fréquentation lieux festifs	Non	Oui	Total général	
1 fois par semaine ou moins	88%	12%	100%	
2-3 fois par semaine	60%	40%	100%	
4 fois par semaine ou plus	43%	57%	100%	
Total général	76%	24%	100%	

Dans notre échantillon, les chiffres nous montrent une différence significative en fonction de l'ancienneté sur le site. Les personnes étant à Louvain-la-Neuve depuis 3 ans ou moins connaissent les institutions pratiquant RDR à raison de 12%, par contre en ce qui concerne les personnes présentes depuis 4 ans et plus on est à 39%. Plus les répondants sont depuis longtemps sur le site de LLN, plus il y a des chances qu'ils connaissent des institutions qui font de la RDR.

En ce qui concerne la fréquentation des lieux festifs sur le site de Louvain-la-Neuve, on peut observer une progression claire dans la connaissance des institutions en fonction de cette fréquentation : 12% chez ceux qui sortent 1 fois par semaine ou moins, 40% chez ceux qui sortent 2-3 fois par semaine et 57% chez ceux qui sortent 4 fois par semaine ou plus. On peut en déduire que plus les étudiants fréquentent les lieux festifs plus il y a des chances qu'ils connaissent des institutions qui font de la RDR. Cependant, rappelons que la catégorie « 4 fois par semaine ou plus » ne représente que 5% des répondants dans notre échantillon, il faut donc interpréter ce résultat avec précaution.

1.3. Connaissance de la RDR et croisement avec d'autres variables

Tableau 1 : Connaissance de la RDR en fonction du genre et de l'âge

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui			
Répondants		Connaissance RDR			
Genre		Non	Oui	Total général	
Femme		68%	32%	100%	
Homme		72%	28%	100%	
Total général		69%	31%	100%	
Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui			
Répondants		Connaissance RDR			
âge		Non	Oui	Total général	
22 ans ou moins		79%	21%	100%	
23 ans ou plus		58%	42%	100%	
Total général		69%	31%	100%	

De manière générale on peut observer dans notre échantillon que 69% des participants ne connaissent pas la réduction des risques, tandis que la 31% connaissent ou en tous cas en ont une vague idée.

En ce qui concerne le genre, on observe peu de différence. Le pourcentage de femmes qui ne connaissent pas la RDR s'élève ici à 68%, alors que pour les hommes le chiffre s'élève à 72%. On peut donc déduire qu'il n'y a pas de corrélation entre le genre et la connaissance du concept de RDR.

Pour la variable âge, on peut voir que pour le groupe des 22 ans ou moins il y a 79% des personnes qui ne connaissent pas la RDR. Cependant pour le groupe de 23 ans ou plus ce pourcentage n'est que de 58%. On peut donc voir que les plus âgés connaissent plus la RDR que les plus jeunes (21% face à 42%).

Tableau 2 : Connaissance de la RDR en fonction de la présence sur site de LLN et la fréquentation des lieux festifs

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui		
Répondants		Connaissance RDR		
Ancienneté sur LLN		Non	Oui et un peu	Total général
3 ans ou moins		71%	29%	100%
4 ans et plus		66%	34%	100%
Total général		69%	31%	100%
Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?		Oui		
Répondants		Connaissance RDR		
Fréquentation lieux festifs		Non	Oui et un peu	Total général
1 fois par semaine ou moins		69%	31%	100%
2-3 fois par semaine		68%	32%	100%
4 fois par semaine ou plus		71%	29%	100%
Total général		69%	31%	100%

En ce qui concerne l'ancienneté sur le site de Louvain-la-Neuve, on peut observer que dans notre échantillon il y a une différence légère. 29% des répondants présents depuis 3 ans ou moins connaissent la réduction des risques, face à 34% pour ceux présents depuis plus longtemps. Cette différence est peu marquée et ne permet donc pas d'établir un lien entre l'ancienneté sur le site et la connaissance du concept de RDR.

Pour la fréquentation des lieux festifs, les résultats montrent aussi qu'il n'y pas une différence significative entre les différents groupes. 31% pour ceux qui sortent 1 fois par semaine ou moins, 32% pour ceux qui sortent 2-3 fois par semaine. Comme rappelé plus haut, il faut prendre la catégorie « 4 fois par semaine ou plus » avec précaution, étant donné qu'il n'y a que 7 répondants dans cette catégorie.

1.4. Analyse de la connaissance de la RDR et le fait de se tourner vers les institutions qui pratiquent la RDR

Tableau 1 : La connaissance des institutions en fonction de la connaissance de la RDR

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?	Oui		
Répondants	Connaissance institutions		
Connaissance RDR	Non	Oui	Total général
Non	81%	19%	100%
Oui et un peu	63%	37%	100%
Total général	76%	24%	100%

On peut observer dans notre échantillon que les répondants qui connaissent la réduction des risques ont également tendance à mieux connaître les institutions qui la pratiquent. Ce qui ressort est que 37% des étudiants qui connaissent la RDR peuvent citer au moins une institutions qui la pratique, contre seulement 19% pour ceux qui ne connaissent pas le concept. On peut en déduire que connaître le concept de la RDR peut être associé à une meilleure connaissance des acteurs de terrain, même si cette association reste modeste.

Tableau 2 : Le recours aux institutions en fonction de la consommation et de la consommation potentielle

Parmi les 132 répondants du questionnaire, 100 ont déclaré avoir déjà consommé une substance psychoactive. Par contre seulement 4% déclarent s'être adressés à un service de réduction des risques. La grande majorité des consommateurs ne se tournent donc pas vers les institutions, même en cas de consommation avérée.

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?	Oui	
Si déjà consommé	Répondants	
Non	96%	
Oui	4%	
Total général	100%	

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?	Oui	
Si consomme un jour	Répondants	
Non	29%	
Oui	11%	
Peut-être	61%	
Total général	100%	

Sur les 132 répondants, on peut observer que 61% déclarent qu'ils ne se tourneraient peut-être pas vers les services de réduction des risques s'ils consommaient un jour. Seuls 11% disent qu'ils le feraient certainement et tout de même 29% déclarent qu'ils ne le feraient pas du tout. Ces résultats sont plus encourageant par rapport aux résultats précédents. Cependant, il faut rappeler qu'il s'agit seulement d'intentions déclarées de façon anonyme et non de comportement réels, ce qui invite à interpréter ces résultats avec précaution.

Tableau 3 : Le recours aux institutions en fonction de la connaissance de la RDR

Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?					Oui				
Répondants					Si déjà consommé				
Connaissance RDR					Non	Oui	Total général		
Non					97%	3%	100%		
Oui et un peu					93%	7%	100%		
Total général					96%	4%	100%		
Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ?					Oui				
Répondants					Si consomme un jour				
Connaissance RDR					Non	Oui	Peut-être	Total général	
Non					29%	10%	62%	100%	
Oui et un peu					29%	12%	59%	100%	
Total général					29%	11%	61%	100%	

Les tableaux montrent et confirment ce qui a été observé précédemment. Que les répondants connaissent ou non la réduction des risques, le recours aux services des institutions qui la pratique reste cependant très faibles en cas de consommation réelle. 3% chez ceux qui ne connaissent pas la réduction des risques et 7% chez ceux qui la connaissent, on peut donc voir que la différence est minime. Concernant l'intention de recour futur aux institutions, on peut observer dans l'échantillon qu'il y a également très peu de différence entre les deux groupes. 29% des deux groupes déclarent qu'ils ne se tourneraient pas vers les services et les proportions de « oui » et « peut-être » sont quasi identiques. Connaître le concept de réduction des risques ne semble donc pas suffire à pousser les répondants à se tourner vers les services qui la pratiquent, que ce soit en cas de consommation actuelle ou future.

1.5. Analyse des réponses ouvertes

Pourquoi les étudiants ne se sont-ils pas adressés aux services ? (37 réponses)

Parmi les 132 répondants, 37 ont répondu à cette question ouverte. Différentes raisons ressortent de cette analyse, mais on peut les classer en trois grande catégories. D'abord l'absence de consommation jugée problématique, que l'on peut associer avec la gestion autonome de la consommation. En deuxième catégorie la méconnaissance des services existants et en troisième catégorie le recours à l'entourage.

<u>Thème</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>Exemples de citations</u>
<u>Absence de consommation problématique et gestion autonome</u>	27	73%	"Je n'ai jamais pris de substances" " J'ai su gérer seule ma consommation"

<u>Méconnaissance des services</u>	7	19%	"Je n'étais pas au courant que ça existait"
<u>Entourage suffisant</u>	1	3%	J'étais entourée de personnes fiables"
<u>Autre</u>	2	5%	Vide

La raison qui ressort le plus est l'absence de consommation jugée problématique et la gestion autonome de la consommation, elle est représentée à 73%. Cette raison regroupe deux sous-thèmes qui renvoient à la même idée, à savoir le sentiment de ne pas avoir besoin des services de RDR pour gérer sa consommation. Certains répondants ne consomment tout simplement pas, tandis que d'autres estiment que leur consommation n'a jamais été problématique ou qu'ils savent la gérer personnellement. La méconnaissance des services représente 19% des réponses, ce qui confirme un certain déficit de visibilité observé dans les données quantitatives.

Pourquoi les étudiants s'adressaient-ils ou non aux services dans le futur ? (58 réponses)

Seulement 58 personnes ont répondu à cette question dans l'échantillon. On peut observer trois grandes tendances dans ces réponses, premièrement le recours conditionnel selon la gravité de la consommation et de la situation, deuxièmement l'autonomie perçue comme suffisante et troisièmement une ouverture réelle envers les services.

<u>Thème</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>Exemples de citations</u>
<u>Conditionnel selon la gravité</u>	16	28%	« Si je me sens en danger"
<u>Autonomie/info personnelles suffisante</u>	11	19%	"Il est facile de s'informer seul"
<u>Méconnaissance des services</u>	7	12%	« Je ne connais pas les institutions ni leur rôle"

<u>Intention de ne pas consommer</u>	6	10%	« Je n'ai aucune intention de consommer"
<u>Ouverture/ utilité perçue</u>	10	17%	"Pour ne pas devenir addict"
<u>Frein psychologique</u>	1	2%	"PEUR/HONTE"
<u>Autre</u>	7	12%	"Difficile de savoir"

Ci-dessus nous pouvons observer que le thème le plus récurrent est celui du recours conditionnel selon la gravité de la situation. Cela nous donne des indications quant à l'intention de recourir aux services de réduction des risques dans le futur. 28% des étudiants ont des réponses telle que « *Si ça se passe mal alors oui* » ou encore « *ça dépendra des conséquences* ». On peut observer aussi que 17% expriment une ouverture réelle envers les services, ils y voient une ressource utile pour s'informer ou éviter la dépendance. Un troisième élément présent est la méconnaissance des services et de leur rôle qui reste également présente. Enfin, un étudiant a répondu « *Peur / Honte* », c'est une réponse isolée mais symboliquement significative.

1.6. Discussion

Après avoir analysé les données récoltées via le questionnaire, certains éléments nous amènent à une réflexion plus approfondie sur ce que représente la réduction des risques pour les étudiants. Trois thèmes principaux se dégagent de cette analyse.

Le sentiment de pouvoir gérer seul sa consommation

Le premier thème qui ressort de cette analyse et qui est le plus fréquent dans notre échantillon est le sentiment d'autonomie. Un grand nombre de répondants estime qu'ils n'ont pas besoin de recourir aux services de réduction des risques parce qu'ils ne consomment pas, qu'ils ne considèrent pas leur consommation comme problématique ou encore qu'ils se sentent capable de gérer seuls cette consommation. Ce résultat soulève une question importante, est-ce que cette perception de contrôle est-elle toujours justifiée ? La lecture de la littérature sur les assuétudes montre que justement cette perte de contrôle sur sa consommation est souvent progressive et difficile à percevoir de l'intérieur. Le sentiment de pouvoir gérer sa consommation peut donc constituer un frein à la demande d'aide, même lorsque celle-ci devient nécessaire.

La méconnaissance de la réduction des risques comme frein structurel

Le deuxième thème est celui de la méconnaissance de la réduction des risques. Les résultats montrent qu'il y a un déficit de connaissance, tant sur le concept de la réduction des risques que sur les institutions qui la pratiquent. Cependant cela ne semble pas être le fruit d'un désintérêt ou d'un rejet, mais plus d'un manque d'information ou de visibilité de la part de ces institutions. L'analyse des données qualitatives exposée plus haut (Cf. point 1.5), montrent que plusieurs étudiants auraient peut-être été ouverts à recourir aux services de réduction des risques s'ils en avaient eu connaissance. Ce n'est donc pas spécialement une question de volonté, mais plutôt une question de visibilité et d'accessibilité de l'information. On peut noter également que l'ancienneté sur le site de Louvain-la-Neuve et la fréquentation des lieux festifs sont des facteurs qui vont favoriser la connaissance de la réduction des risques et des institutions qui la pratiquent, cependant ces facteurs ne semblent pas influencer l'intention de recourir aux services de ces institutions.

La réduction des risques perçue comme réponse à une crise plutôt que comme une démarche préventive

Le troisième thème qui ressort de cette analyse est la perception curative de la réduction des risques. Les données récoltées révèlent que la réduction des risques est perçue par les étudiants comme un moyen de répondre à une crise, un dernier recours lorsque les choses tournent mal. Pour beaucoup d'étudiants recourir à un service de réduction des risques n'est envisageable qu'en cas de situation d'urgence ou problématique. Ce qui est contradictoire avec la définition de la réduction des risques, qui par essence est basée sur une logique de prévention et d'accompagnement.

1.7. Conclusion

L'analyse du questionnaire partagé auprès de 132 étudiants de l'UCLouvain étudiant sur le site de Louvain-La-Neuve, a permis de montrer plusieurs éléments pertinents pour notre travail de recherche. Ces résultats sont cependant issus d'un échantillon non représentatif de l'ensemble de la population étudiante de l'UCLouvain et sont donc à lire comme des tendances exploratoires plutôt que comme des données généralisables.

Premièrement, dans notre échantillon, on observe que la réduction des risques reste largement méconnue de la population étudiante. 69% des répondants déclarent ne pas connaître ce concept avant d'avoir lu la définition présente au début du questionnaire. Cela

ne semble pas lié à un désintérêt de la part des étudiants, mais plutôt d'un manque de visibilité des actions présentes.

Deuxièmement, les institutions qui pratiquent la réduction des risques à Louvain-La-Neuve souffrent d'un réel déficit de visibilité, on retrouve seulement 24% des étudiants capables d'en citer au moins une. On a pu observer cependant que l'ancienneté sur le site de Louvain-la-Neuve et la fréquentation des lieux festifs sont associées à une meilleure connaissance des institutions.

Troisièmement, le recours aux services ne semble pas être une évidence pour les répondants. Les résultats montrent en effet peu de différence dans l'intention de recourir aux institutions entre ceux qui connaissent la réduction des risques et ceux qui ne la connaissent pas. Même parmi ceux qui connaissent le concept et les institutions qui la pratique, l'intention d'y recourir si besoin reste assez faible.

Pour conclure, ces résultats soulèvent deux questions centrales : Si les étudiants ne connaissent ni la réduction des risques, ni les institutions qui la pratiquent, comment peuvent-ils y avoir recours en cas de besoin ? Et pour ceux qui les connaissent, qu'est-ce qui pourrait les convaincre d'y recourir ?

2. Entretiens

L'analyse des entretiens a été menée selon la méthode d'analyse thématique. Je suis partie des concepts identifiés dans la littérature scientifique pour coder le matériel empirique récolté. Quatre entretiens ont été réalisés auprès de différents acteurs de terrain, exerçant la réduction des risques sur le site de Louvain-la-Neuve : Éloïse Peckel (du GCL), Colin Wathelet et Charline (de l'Organe), Jean-François Van Drooghenbroeck (vice-recteur aux affaires étudiantes à l'UCL) et Anne-Charlotte Baar (professionnelle travaillant à Univers Santé). Six thématiques ont été identifiées à travers ces entretiens et la littérature, elles sont développées ci-dessous.

2.1. Connaissance et définition de la RDR

L'analyse des entretiens a été menée auprès des différents acteurs de terrain présents sur le site de Louvain-la-Neuve, ces analyses révèlent des niveaux de connaissance et des définitions de la réduction des risques variés. Nous pouvons identifier deux grandes

tendances, d'un côté des représentants des collectifs étudiants, eux-mêmes étant étudiants à l'UCLouvain, dont les connaissances de la RDR sont principalement liées à la pratique et à l'acquisition de l'expérience du terrain, de l'autre les représentants d'institutions comme Univers Santé et le vice-recteur, qui ont eux une vision plus large et plus structurée de la RDR.

Chez les étudiants, la connaissance de la réduction des risques est directement liée à leur implication dans le folklore étudiantin de Louvain-la-Neuve. Éloïse Peckel, déléguée Guindaille 2.0 au sein du GCL, a expliqué qu'avant d'arriver à l'UCL, elle ne connaissait pas le terme « réduction des risques », elle en partageait les principes mais n'en connaissait pas la définition : « *Avant l'unif, j'avais mes propres valeurs, mais je ne connaissais pas ce terme spécifiquement [...] C'est en rentrant directement à l'unif que j'ai mis les pieds dedans* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). C'est en s'impliquant dans la vie étudiantine et dans l'animation de Louvain-la-Neuve qu'elle a découvert le concept de la RDR et les actions qui s'y associent. Ce témoignage est intéressant, car il illustre bien le fait que la réduction des risques se transmet principalement de manière informelle, par exemple ici par le biais de l'implication dans les collectifs étudiants, plutôt que par la sensibilisation formelle.

Pour appuyer ce constat, Colin Wathelet et Charline, deux représentants de l'Organe, le confirment, le terme « réduction des risques » n'est pas celui qu'ils emploient quotidiennement pour nommer leurs actions. Charline est la représentante « cadre de vie », c'est le même rôle que les délégués Guindaille 2.0 dans les cercles et régionales, mais ici on sent que la réduction des risques est plus vue comme une responsabilité technique que comme une action collective : « *Mais nous on a des responsables cadre de vie, donc c'est des responsables un petit peu qui sont en lien avec Guindaille 2.0 et tous les trucs comme ça* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). Charline rejoint également l'interview d'Éloïse sur le fait qu'avant d'arriver à l'université elle ne connaissait pas la RDR, avant de rentrer dans un KAP elle ne connaissait pas Univers Santé et leurs actions, elle avait déjà vu leurs pictogrammes affichés dans les surfaces d'animation mais ne s'y était jamais vraiment intéressée. On peut constater que depuis son implication dans le folklore étudiantin, Charline en connaît davantage sur les actions mises en place pour aider à gérer la consommation de substances des étudiants. On peut donc se demander ce que connaissent les étudiants qui ne sont pas impliqués dans un collectif vis-à-vis de la réduction des risques.

Au niveau des institutions, la définition de la réduction des risques est plus développée, elle prend des formes différentes selon les profils rencontrés, mais reste assez en accord avec la définition théorique. Pour le vice-recteur JF. Van Drooghenbroeck, la réduction des risques est définie de manière pragmatique et personnelle, la RDR est utilisée pour éviter les drames liés à la consommation et à séparer le sens de la fête de la consommation obligatoire : «... *Je dirais que ma définition du risque, elle est celle du bon père de famille [...], je voudrais que jamais des addictions durables n'apparaissent parce qu'on est à l'université...* » (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Bien que cette définition de la réduction des risques soit un peu éloignée de la définition exprimée dans la littérature scientifique, elle reflète une réelle préoccupation pour le bien-être des étudiants et une volonté de les protéger.

Du côté d'Univers Santé, Anne-Charlotte Baar, chargée de projet, a donné une définition beaucoup plus proche de la définition qu'on retrouve dans la littérature. La réduction des risques est selon elle : «... *donner des conseils pour qu'ils prennent le moins de risque pour eux [...] on essaie de promouvoir des messages, des conseils de santé...* » (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). Cette définition rejoint les principes fondamentaux de la réduction des risques décrits par Marlatt (1996) et Nale & Roche (2016), qui pour rappel sont le pragmatisme, agir auprès de la population tout en acceptant que la consommation soit une réalité sociale, être dans le non-jugement et accueillir l'utilisateur sans porter un regard moralisateur sur ses actions. AC. Baar est la seule à parler de la dimension éthique de la réduction des risques, elle soulève la question de savoir où se situent les limites, jusqu'où les professionnels sont-ils légitimes d'intervenir auprès de personnes qui consomment.

Pour conclure, si tous les acteurs interviewés ont la même préoccupation, la santé et le bien-être des étudiants leurs définitions et leurs niveaux de connaissances de la réduction des risques sont différents, on retrouve donc une certaine hétérogénéité dans la compréhension du concept de la RDR. Or si les acteurs agissant sur le site de Louvain-la-Neuve ne partagent pas tous la même définition de la réduction des risques, il n'est pas surprenant que les étudiants eux-mêmes aient du mal à identifier et à nommer le concept.

2.2. Actions concrètes de la réduction des risques et mise en pratique

L'analyse des entretiens révèle une diversité d'actions concrètes de réduction des risques mises en place sur le site de Louvain-la-Neuve par les acteurs de terrain. Ces actions

s'inscrivent dans une logique pragmatique et de proximité, ce qui rejoint les principes fondamentaux de la réduction des risques qu'on retrouve dans la littérature (Hoareau, 2007; Marlatt, 1996). Trois grandes catégories d'actions se distinguent, la mise à disposition de matériel, la présence visible des acteurs de terrain et la formation obligatoire.

La mise à disposition de matériel

Différents matériels sont distribués lors d'événements étudiants, on retrouve principalement des préservatifs, des bouchons d'oreilles ou encore des protections hygiéniques. Lors des entretiens, le type d'actions qui ressortait le plus était la distribution de ce matériel gratuit. Éloïse Peckel explique qu'il y a systématiquement une boîte Guindaille 2.0 disponible derrière le bar lors de chaque soirée organisée par les cercles ou les régionales : « *Il y a toujours des préservatifs, des bouchons d'oreilles et des protections hygiéniques disponibles gratuitement derrière le bar...* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). L'Organe confirme cela, de leur côté ils ont mis en place la même boîte : « *On donne une boîte qu'on appelle une boîte Guindaille 2.0, il y a dedans des capotes et des bouchons d'oreilles...* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). En plus de la distribution de matériel de protection gratuit, la distribution d'eau est également une action fortement mise en avant. Ce sont les « T-shirts jaunes » qui sont chargés de la distribution lors des événements, c'est à dire des étudiants sobres qui ont pour missions de veiller à la sécurité des étudiants tout au long de la soirée : « *Les T-shirts jaunes distribuent de l'eau, ils passent dans la soirée pour donner de l'eau pour inciter les gens à en consommer* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). Dans les événements organisés par les KAP, on retrouve des étudiants qui quadrillent avec des camelbacks remplis d'eau : « *On a des Camelbacks qu'on remplit d'eau qu'on passe vu que c'est des forfaits, on passe dans la soirée avec et on les fait louer aux autres KAP* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). Ces actions sont organisées et mises en place par les pairs, c'est à dire les étudiants eux-mêmes, mais l'idée et le projet ont été réfléchis conjointement avec les institutions présentes sur le site de Louvain-la-Neuve. On peut constater que ces différentes actions illustrent bien le côté pragmatique de la RDR, qui consiste à chercher des solutions concrètes et immédiates (Marlatt, 1996).

La présence visible des acteurs de terrain

Un deuxième type d'action mise en place sur le site de Louvain-la-Neuve est la présence visible et active des différents acteurs actifs sur le terrain lors des événements étudiants.

A-C. Baar explique que les délégués Guindaille 2.0 sont formés en début d'année pour tenir des stands tout au long de l'année, représentant les projets de réduction des risques créés par Univers Santé, pendant les grands événements sur le site de Louvain-la-Neuve, comme lors des 24h vélo ou encore pendant le Welcome Spring ! Festival : « ... *on va travailler avec les pairs, en début d'année on va former ce qu'on appelle les délégués Guindaille 2.0 [...] Ils vont tenir des stands Guindaille 2.0 sur les gros événements...* » (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). En dehors de la présence d'acteurs visibles, il y a aussi des règles de rappel des bons gestes à adopter en matière de consommation et de comportement, ces règles sont reprises dans une charte créée par l'Organe et affichée lors des événements : « ... *On met une charte avec les bons gestes [...], ce qu'on aimerait que les gens respectent...* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). Du côté de l'université, le vice-recteur mentionne les « T-shirts jaunes » comme étant des éléments essentiels et centraux dans l'encadrement des soirées étudiantes : « *C'est la présence des T-shirts jaunes [...], ce sont de jeunes gens, je trouve ça extraordinaire, [...], qui sont sobres et qui veillent à ce que leurs camarades qui consomment ce soir-là ne courent pas tous des risques...* » (J-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Ces différents dispositifs rejoignent les actions décrites par Hoareau (2007), ce sont des actions de proximité en milieu festif où la présence visible d'acteurs de terrain va permettre un encadrement et un dialogue avec les étudiants de manière bienveillante et non intrusive.

La formation obligatoire

Le dernier type d'actions mis en évidence lors des entretiens est la mise en place par les institutions de formations obligatoires, portant sur les premiers secours, les bons gestes à savoir en cas de problèmes, et la gestion de la consommation, adressées aux étudiants présents sur le site de Louvain-la-Neuve qui occupent un rôle important dans le folklore étudiant. Par exemple les formations organisées la première semaine de la reprise des cours en septembre, cette formation est obligatoire pour les responsables d'animation et les comités de baptême : « *Pour les responsables d'animation et les comités de baptême, il y a des formations SO qui est obligatoire* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). Cette information est confirmée par le vice-recteur, qui mentionne la charte AUNE, une charte qui encadre l'ensemble des événements organisés dans les surfaces d'animation de l'UCL : « *Oui, alors il a plein de dispositifs, quels qu'ils soient [...] La charte l'Aulne sur l'animation étudiante, dont la plupart des clauses traitent justement d'une consommation*

d'alcool responsable...» (J-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Ces formations sont pour la plupart organisées par Univers Santé, A-C.Baar le confirme en précisant que le projet Guindaille 2.0 repose en grande partie sur le travail de formation par les pairs : *«... on va travailler avec les pairs, en début d'année on va former ce qu'on appelle les délégués Guindaille 2.0 »* (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). Enfin, le vice-recteur explique également qu'il adopte une approche plus personnelle et bienveillante avec les étudiants, cette approche est mise en place auprès des étudiants qui auraient vécu certains incidents lors de soirées étudiantes. Il convoque les étudiants concernés, non pas pour les punir ou leur faire la leçon, mais pour leur faire prendre conscience des risques liés à ce genre de comportements : *«Les tous jeunes, je les convoque non pas pour les punir, mais pour leur dire voilà, regarde ce qui peut arriver [...], des choses, très, presque affectueuse en fait, et ça leur parle »* (J-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). On retrouve donc ici le principe de non-jugement qui est une caractéristique fondamentale de la réduction des risques (Nale & Roche, 2016).

En conclusion, on peut observer que les actions de réduction des risques mises en place par les acteurs de terrain sur le site de Louvain-la-Neuve sont nombreuses et variées. Elles vont s'inscrire dans une démarche globale en accord avec les différents principes fondamentaux de la réduction des risques tels que décrits dans la littérature. Cependant, ces actions sont principalement introduites et exercées dans les surfaces d'animations officielles de l'UCL et auprès des étudiants présents dans le folklore de Louvain-la-Neuve. Cela soulève donc plusieurs questions, comme jusqu'où ces actions touchent-elles l'ensemble de la population étudiante ?

2.3. Public cible, accessibilité et étudiants difficiles à atteindre

Ce qui ressort de l'analyse des entretiens est le fait que les actions de réduction des risques mises en place sur le site de Louvain-la-Neuve ne touchent pas de manière uniforme l'ensemble de la population étudiante. Ce constat est partagé par l'ensemble des acteurs interviewés. On observe deux groupes d'étudiants, il y a ceux qui sont impliqués dans le folklore étudiant et qui sont donc sensibilisés par les pairs et les actions que les institutions mettent en place pour gérer la consommation, et puis il y a le groupe d'étudiants qui ne participent pas aux animations, qui ne sont pas impliqués dans la vie étudiante et qui sont donc difficiles à atteindre.

Les étudiants impliqués dans le folklore

Le premier groupe est composé des étudiants qui sont impliqués dans le folklore présent sur le site de Louvain-la-Neuve, que ce soit au sein des cercles, des régionales ou encore des KAP. Pour Éloïse Peckel, le nombre d'étudiants impliqués dans l'animation de Louvain-la-Neuve, c'est-à-dire ceux qui sont présents dans les comités, s'élève à environ 1000 personnes, sur un total d'environ 20 000 étudiants inscrits à l'UCLouvain. Ces étudiants sont facilement accessibles car ils sont directement en contact avec les différents dispositifs de réduction des risques mis en place par les collectifs : « *Il y a, aller on va dire 1000 étudiants qui sont les étudiants facilement accessibles parce qu'ils sont impliqués dans l'animation étudiante* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). A.-C. Baar rejoint cette observation : « *... on se rend compte qu'on touche principalement ceux qui sont de l'animation et qui sortent dans les surfaces d'animations...* » (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). Ce qui permet de toucher ces étudiants est le fait qu'ils bénéficient de formations obligatoires, ont accès au matériel gratuit distribué dans les salles d'animation, sont en contact régulier avec les pairs c'est à dire les délégués Guindaille 2.0 qui exercent ces actions auprès des étudiants. Leur niveau de sensibilisation est globalement bon, cependant Charline met en évidence que cette sensibilisation n'est pas juste due aux actions des acteurs de terrains, mais vient aussi de l'expérience personnelle des personnes, ça ne découle pas seulement des formations.

Les étudiants difficiles à atteindre

Le deuxième groupe représente les étudiants qui ne participent pas ou très peu à la vie estudiantine de Louvain-la-Neuve. On retrouve dans ce groupe la grande majorité de la population étudiante. La difficulté que les acteurs de terrain rencontrent à sensibiliser les étudiants non investis dans le folklore représente un grand défi identifié lors des interviews. Par exemple Éloïse décrit cette partie de la population comme : « *Il y a l'énorme partie qui est les étudiants qu'on n'arrive pas à toucher, c'est des étudiants qui sont juste là pour étudier* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). Cette formulation ne signifie par que ces étudiants ne consomment pas ou peu, mais plutôt qu'ils ne participent pas au folklore et sont donc moins exposés aux dispositifs de réduction des risques. Colin Wathelet et Charline ont confirmé ce constat, ils soulignent que les étudiants qui ne sont pas impliqués dans le folklore louvaniste sont beaucoup moins sensibilisés que les autres : « *Si on n'est pas impliqué dans l'animation, on est beaucoup moins sensibilisé* » (C. Wathelet,

communication personnelle, 28 avril 2025). Le vice-recteur lui reconnaît cette réalité, cependant il estime que la visibilité des actions de sensibilisation est globalement efficace et présente sur le site : *« Ceci étant dit, je trouve vraiment qu'il faut le faire exprès, pour rien voir, ne rien entendre et n'être informé de rien [...], on peut toujours s'améliorer, mais je trouve qu'il y a une belle visibilité quand même »* (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Cependant il reconnaît aussi que toucher les étudiants qui ne fréquentent pas les surfaces d'animation reste un défi majeur à l'heure actuel.

Pistes pour élargir le public cible

Différentes pistes sont envisagées par les personnes interviewées, le but étant de pouvoir toucher plus largement la population étudiante de Louvain-la-Neuve. Univers Santé a par exemple ouvert un compte Instagram Guindaille 2.0 afin de diffuser des messages de réduction des risques : *« Ce qu'on a mis en place récemment, c'est qu'on a un compte guindaille 2.0 et donc là chaque année, enfin chaque semaine, on diffuse des messages de réduction des risques »* (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). Charline et Colin ont expliqué également qu'ils travaillent sur une affiche qui sera distribuée dans tous les kots de Louvain-la-Neuve pour toucher les étudiants qui ne fréquentent pas les surfaces d'animation : *« Le but de l'affiche qu'on a faite, c'est qu'elle soit distribuée de manière égale par tous les collectifs, l'idée de faire de grandes campagnes de distribution [...], elle sera dans les lieux d'accueil des logements... »* (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). Il y a aussi les opérations « boule de neige » qu'Univers Santé voudrait mettre en place pour former des personnes qui représenteraient le public moins touché par la sensibilisation déjà présente sur le site de LLN : *« On réfléchit à des opérations boule de neige, où tu formes des personnes qui représentent elles-mêmes le public qu'on va interroger »* (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025).

On constate qu'il y a donc un lien avec les réponses aux questionnaires adressés aux étudiants, les réponses des étudiants suggéraient en effet que les étudiants présents depuis longtemps sur le site de Louvain-la-Neuve et ceux qui fréquentent les lieux festifs semblent mieux connaître les institutions qui pratiquent la réduction des risques. Les entretiens viennent confirmer ce résultat, l'exposition répétée aux différents dispositifs de réduction des risques via l'animation de Louvain-la-Neuve joue un rôle important dans la

sensibilisation, cela rejoint ce que Nale & Roche (2016) et Bastien (2011) exposent dans leurs littératures, c'est à dire l'importance de la participation communautaire dans la diffusion des messages de santé publique.

2.4. Collaboration entre acteurs et soutien institutionnel

L'analyse des entretiens met en évidence un réseau de collaboration très important entre les différents acteurs présents sur le site de Louvain-la-Neuve. Cette collaboration est organisée en plusieurs groupes, il y a à la fois une collaboration entre les différents collectifs étudiants et à la fois une collaboration entre ces mêmes collectifs et les institutions. Le fait qu'il y ait une collaboration entre les différents acteurs de sensibilisation à la réduction des risques rejoint ce dont parle la littérature scientifique. On peut parler de concertation intersectorielle, c'est-à-dire la nécessité de dialoguer et de construire ensemble entre acteurs venant de secteurs différents pour assurer une cohérence entre les actions mises en place sur le terrain (Bastien, 2011, p. 4; Organisation mondiale de la santé (OMS), 1986).

La collaboration entre les collectifs étudiants

La collaboration entre les différents collectifs étudiants est présente, mais reste encore peu développée. Éloïse Peckel explique qu'il y a une forte collaboration entre le GCL et la Fédé, ils développent ensemble un cadre de valeur à mettre en place dans leurs collectifs : « *Vu qu'on a des projets qui sont assez similaires aussi, en dehors de la réduction des risques, on a quand même plus de liens par rapport à ça* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). Cependant, les liens avec l'Organe, donc les KAP, restent plus limités, étant donné que les structures ont des publics différents, la collaboration est moins présente. Colin Wathelet explique que cette séparation vient du fait que les actions menées par Univers Santé avec les différents collectifs se font séparément de manière générale, d'un côté les différents KAP et de l'autre le GCL et la Fédé : « *... Fait tout ce qui a rapport avec Guindaille 2.0, consentement, etc., avec Univers Santé on est très séparés, en général c'est les KAP d'un côté et le GCL de l'autre* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). Malgré cela, il y a quand même des initiatives communes, telle que l'action émergente d'une affiche développée par l'Organe et qui serait distribuée à tous les autres collectifs présents à Louvain-la-Neuve : « *Le but de l'affiche qu'on a faite, c'est qu'elle soit distribuée de manière égale pas tous les collectif, l'idée de faire de grandes campagnes de distribution.* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025).

La collaboration entre les collectifs et les institutions

La collaboration entre les collectifs étudiants et les institutions est beaucoup plus régulière et encadrée. L'institution qui joue un rôle important dans cette démarche est Univers Santé, ils vont assurer un lien entre l'UCL et les étudiants, par exemple via le projet Guindaille 2.0. A-C. Baar explique qu'il y a une collaboration avec de nombreux acteurs différents, internes ou externes à l'UCL : « *On collabore un petit peu avec H2O, c'est une asso qui travaille avec la commune d'Ottignies [...], on collabore avec le projet ça m'saoule...* » (A.-C. Baar & Univers Santé, communication personnelle, 22 avril 2025). Le vice-recteur décrit une collaboration pluridisciplinaire très large au niveau académique, impliquant des médecins, des psychologues, des assistants sociaux et des professeurs : « *C'est pluridisciplinaire, c'est vraiment la prévention liée à l'alcool [...], des médecins, des psychologues, des professeurs...* » (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Il évoque même l'idée de co-gouvernance avec les étudiants, ce qui illustre la volonté de l'UCL de construire ses politiques de prévention avec les pairs, plutôt que d'imposer des méthodes sans prendre en compte leurs avis et leurs besoins : « *... Leur degré de collaboration, c'est de la co-gouvernance [...], il y a une super collaboration, spontanée* » (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025).

Soutien institutionnel

Les représentants des collectifs étudiants, Colin et Éloïse, reconnaissent que l'UCL est globalement présente et soutenance envers leurs projets de réductions des risques : « *Mais en général, ils sont quand même très présents, surtout maintenant avec le vice-recteur actuel [...], ils sont vraiment à l'écoute des étudiants et justement ils sont très preneurs d'avoir notre avis* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). Cependant, ils expriment tout de même le fait qu'il y a un besoin de soutien plus important, le développement de certains projets de sensibilisation est un peu restreint : « *J'ai l'impression qu'on a besoin de plus de soutien que ce qu'on a...* » (C. Wathélet, communication personnelle, 28 avril 2025). Du côté d'Univers Santé, A-C. Baar soulève que les moyens mis à disposition sont assez limités, malgré la collaboration avec l'UCL il y a tout de même un manque de personnel : « *Moi il faut savoir que donc je coordonne ce projet-là, il n'y a personne d'autre sur le projet* » (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). En plus du manque de personnel, il y a aussi un manque de moyens financiers, cela rejoint ce que Vanthournhout (2001) et Eurotox (2019) soulignent dans la littérature. La réduction des risques ne reçoit qu'une infime partie du budget consacré aux assuétudes et à la promotion

de la santé en Belgique, ce qui va limiter la portée des actions et la création de nouveaux projets.

Pour conclure, on peut donc observer que la collaboration entre les acteurs de la réduction des risques sur le site de Louvain-la-Neuve est réelle et présente. Il reste cependant quelques imperfections, notamment au niveau de la collaboration entre les collectifs étudiants. En ce qui concerne la collaboration avec l'UCL, elle est perçue par tous les acteurs interviewés comme positive et efficace. Les moyens accordés restent malgré tout insuffisants pour toucher l'ensemble de la population étudiante, cela rejoint les limites identifiées dans la littérature (Décret 1997; Bastien, 2011).

2.5. Évolution des mentalités

L'ensemble des acteurs interviewés se rejoignent sur un point, les mentalités des étudiants de Louvain-la-Neuve ont évolué ces dernières années, leur attitude face à la consommation et aux méthodes de sensibilisation a évolué vers plus de responsabilité et de conscience des risques encourus. Les différents acteurs ont pu observer cette évolution à différents niveaux, que ce soit dans les comportements des étudiants, dans les traditions folkloriques ou encore au niveau de la culture estudiantine.

Évolution dans les comportements

La première évolution identifiée par les interviewés est le changement dans les comportements des étudiants lors des soirées et événements. Éloïse Peckel observe une normalisation progressive du fait de boire de l'eau ou des softs lors des soirées : « *Et sinon, pour l'évolution des étudiants, je pense qu'il y a quand même une réduction de la consommation d'alcool en global. Par exemple, il y a de plus en plus de cercles qui vont mettre en vente des softs* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). Cette observation est confirmée par A-C Baar, qui souligne que des réflexes de réduction des risques sont désormais ancrés chez certains étudiants : « *Il y a vraiment des réflexes qui sont ancrés et typiquement le fait de boire de l'eau c'est ce qu'on a réussi à mettre en place* » (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). Colin Wathelet rejoint ce constat, il explique que les étudiants boivent davantage d'eau et alternent plus qu'avant entre la bière et les softs : « *... je trouve que les gens boivent beaucoup plus d'eau [...], alternent plus...* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). Ils constatent aussi une diminution de la consommation d'alcool : « *La consommation des jeunes a tendance à diminuer ces dernières années* » (A.-C. Baar & Univers santé,

communication personnelle, 22 avril 2025). Cette évolution peut être mise en lien avec ce qu'on retrouve dans la littérature, les approches pragmatiques et sans jugement de la réduction des risques produisent des effets positifs sur le comportement des usagers sur le long terme (Vanthournhout, 2001).

Évolution dans les traditions folkloriques

La deuxième évolution est le changement qui s'opère au niveau des traditions folkloriques, Éloïse explique que pendant les baptêmes, qui étaient associés pendant des années à une consommation excessive d'alcool, certaines règles ont été mises en place pour diminuer cette consommation et un changement de mentalité commence à émerger : « *Tu peux faire ton baptême sans boire une seule goutte d'alcool* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). L'Organe aussi a remarqué ce changement au niveau du baptême, il mentionne l'apparition d'un volet consentement désormais obligatoire : « *Je sais que dans les baptêmes, maintenant, ils sont obligés d'avoir un petit consentement...* » (C. Wathelet, communication personnelle, 28 avril 2025). Le vice-recteur rejoint cette observation, il complète en disant que cette évolution n'est pas seulement liée au baptême, mais touche toute la culture estudiantine : « *Aujourd'hui la jeunesse est moins tournée vers cette guindaille frénétique* » (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Il ajoute que les étudiants apprennent de leurs erreurs, et que cette évolution est visible dans les différentes enquêtes menées par l'UCL : « *Je trouve que nos jeunes gens apprennent la leçon, ce ne sont pas des saints et des oies blanches, mais apprennent de leurs erreurs* » (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025).

Évolution dans la collaboration et l'engagement étudiant

Un dernier changement observé est l'évolution de l'engagement des étudiants eux-mêmes dans les démarches de sensibilisation à la réduction des risques. Ce point a été soulevé par le vice-recteur, il met en évidence qu'il y a une proactivité croissante des collectifs étudiants : « *Spectaculaire de voir leur propension à collaborer [...], très spontanément, ils ont des rapports écrits et tout ça* » (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Cette évolution dans l'engagement étudiant rejoint ce que Nale & Roche (2016) décrivent comme l'importance de la mise en place des actions par les pairs et de la participation des usagers dans le développement des actions de réduction des risques.

Pour finir, les différents acteurs interviewés observent une évolution positive des mentalités. Cela témoigne que cette évolution peut être mise en lien avec les actions de réduction des

risques mises en place sur le site de Louvain-la-Neuve . Cependant d'autres facteurs peuvent également contribuer à ce changement de mentalités. Ce qui rejoint le principe de la RDR qui énonce que ces actions sont efficaces sur le long terme, elles prennent du temps à être mises en place et ne produisent pas leurs effets immédiatement, mais les changements apparaissent avec le temps (Marlatt, 1996; Nale & Roche, 2016).

2.6. Difficultés et limites

Si les différents acteurs interviewés observent une évolution positive des mentalités et des actions de réduction des risques sur le site de Louvain-la-Neuve, ils remarquent tout de même qu'il y a également un certain nombre de difficultés et de limites qui freinent encore le développement des projets de sensibilisation.

La difficulté à toucher les étudiants

La première difficulté remarquée par les intervenants est le fait que la sensibilisation auprès de tous les étudiants reste compliquée, ils ont du mal à toucher les étudiants non impliqués dans le folklore étudiant. Comme développé plus haut, ces étudiants représentent une grande majorité de la population étudiante de Louvain-la-Neuve, cependant ils restent difficiles à atteindre via les dispositifs mis en place par les acteurs de terrain. Éloïse Peckel explique que la motivation individuelle des étudiants joue un rôle important dans la sensibilisation à la réduction des risques. S'ils ne sont pas intéressés par la gestion de leur consommation alors les actions de réduction des risques sont moins stables et moins efficaces. Ici les intervenants expliquent que les étudiants moins impliqués dans la vie étudiante sont souvent aussi moins réceptifs aux actions de prévention, ce qui rend leur sensibilisation plus difficile et l'impact dans le temps serait moins prévisible : « *Mais que cette population-là est plus difficilement touchable et peut-être aussi beaucoup moins intéressée* » (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025).

La consommation dans les kots

Une deuxième difficulté observée est l'augmentation de la consommation dans les kots et dans les espaces privés, ce phénomène s'est surtout développé après le Covid. Cette consommation est particulièrement préoccupante pour les acteurs de terrain, car elle se déroule en dehors des surfaces d'animation officielles, dans des espaces où les actions de réduction des risques ont moins de possibilités d'action. Le vice-recteur exprime clairement son inquiétude face à ce phénomène : « ... *c'est le repli privé sur la surconsommation qui*

est alors incontrôlable [...], je crains davantage les fêtes non contrôlées, les binge drinking dans les commus, dans les kots... » (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). Les représentants étudiants, Éloïse et Colin, rejoignent les dires du vice-recteur, ils observent une diminution de la fréquentation des surfaces d'animation : *« C'est le problème d'après Covid [...], ça c'est développé et qu'on le ressent parce qu'on voit qu'il y a moins de monde dans les surfaces d'animation en général »* (E. Peckel, communication personnelle, 2 mai 2025). Le fait que les étudiants fréquentent moins les lieux festifs entraîne le risque que les actions de réduction des risques les touchent moins. Cela rejoint ce qui est décrit dans la littérature, la réduction des risques en milieu festif ne peut intervenir que là où les usagers sont accessibles, il y a donc une limite structurelle dans cette approche de prévention (Hoareau, 2007; Vanthournhout, 2001).

L'équilibre entre liberté et prévention

Une troisième difficulté évoquée par les interviewés est la tension entre la liberté étudiante et la nécessité d'intervenir au mieux pour protéger leur santé. C'est une question qui revient beaucoup dans la tête des intervenants, le vice-recteur y est particulièrement sensible, en tant que représentant de l'UCL il se retrouve parfois dans une position délicate : *« et là je me dis t'en, quelle est ta politique, quelle est ta cohérence ? [...] sur ces événements-là, je me pose la question de la limite de mon droit à intervenir »* (J.-F. Van Drooghenbroeck, communication personnelle, 22 avril 2025). A.-C. Baar explique aussi qu'il y a une tension entre leurs principes fondamentaux de réduction des risques et la volonté des étudiants à se faire aider, il faut éviter de leur imposer des mesures de prévention sans prendre en compte leurs avis : *« l'idée c'est toujours que ça vienne d'eux, ne pas leur imposer des trucs [...] la réduction des risques, c'est que tu pars du principe aussi que les jeunes consomment [...], questions éthiques »* (A.-C. Baar & Univers santé, communication personnelle, 22 avril 2025). Ces tensions entre liberté individuelle et protection de la santé sont un conflit inhérent à la démarche de la réduction des risques (Marlatt & Witkiewitz, 2002). La réduction des risques soulève des questions éthiques importantes sur le rôle que les institutions ont dans la vie privée des étudiants.

Pour conclure, les difficultés et les limites rencontrées par les différents acteurs de terrain touchent à la fois des aspects structurels et conjoncturels.. La problématique principale est la difficulté à toucher les étudiants non investis dans le folklore de Louvain-la-Neuve. Ensuite l'augmentation de la consommation dans les kots est une inquiétude fort reprise par

les institutions. Pour finir la tension entre la liberté individuelle et la prévention peut constituer un frein au développement des actions de réduction des risques. On retrouve également le manque de moyens humains et financiers, cela limite davantage la portée et le développement de nouveaux projets de sensibilisation (Eurotox ASBL, 2019; Vanthournhout, 2001). Ces limites et difficultés soulèvent des questions importantes sur la capacité des acteurs de terrain à développer des actions suffisamment larges et efficaces pour atteindre l'ensemble de la population étudiante.

2.7. Conclusion

L'analyse des entretiens auprès des différents acteurs de terrain rencontrés, permet de dresser un portrait nuancé de la réduction des risques telle qu'elle est mise en place et vécue dans le contexte de Louvain-la-Neuve.

Le premier point qu'on peut soulever est qu'on retrouve une hétérogénéité dans la compréhension et la définition de la réduction des risques entre les différents acteurs. Ils partagent tous le même préoccupation pour la santé et le bien-être des étudiants, cependant leurs niveaux de connaissance et leurs définitions du concept va varier selon leur profil et leur expérience sur le terrain.

Ensuite, les actions développées sur le site de Louvain-la-Neuve sont nombreuses et variées, on retrouve la distribution de matériel, la présence visible de sécurité lors des événements ou encore la formations obligatoires pour les responsable de l'animation. Ces différentes actions s'inscrivent globalement dans les principes fondamentaux de la réduction des risques qu'on retrouve dans la littérature. Cependant, elles restent principalement centrées autour des événements festifs organisés par les collectifs étudiants, ce qui peut limiter leur portée et empêcher de toucher toute la population étudiante de l'UCLouvain.

Les intervenants se rejoignent sur le fait que les étudiants qui sont impliqués dans le folklore louvaniste sont relativement bien sensibilisés, en tous cas sont sensés l'être, tandis qu'une grande majorité des étudiants, ceux qui justement ne participent pas ou très peu à la vie associative, reste difficile à atteindre. La question de la consommation dans les kots, qui selon les intervenants à fortement augmenté depuis le Covid, représente une préoccupation majeure.

Pour conclure, malgré ces difficultés, une évolution positive des mentalités est observée par tous les intervenants. La consommation dans les lieux festifs semble diminuer, les

comportements responsables se développent au fil du temps et l'engagement des étudiants dans les différentes démarches de prévention se fait de plus en plus forte. Ces différentes évolutions peuvent avoir été influencé positivement par les actions de réductions des risques, même si d'autres facteurs contribuent sans doute également à ces changements.

Conclusion générale

Ce travail de recherche avait pour objectif de répondre à une question principale : *Les dispositifs de réduction des risques à Louvain-la-Neuve sont-ils connus et perçus comme efficaces par les étudiants de l'UCLouvain ?* Pour y répondre, ce mémoire s'est appuyé sur différentes méthodes de recherche. D'abord une partie théorique permettant de poser le contexte dans lequel évoluent les étudiants, de comprendre ce que sont les assuétudes, ce qu'est la réduction des risques et ses différentes actions, pourquoi les étudiants consomment et quels risques ils encourent. Ensuite, une enquête de terrain combinant un questionnaire diffusé auprès d'un échantillon d'étudiants et des entretiens semi-directifs avec des acteurs de terrain présents sur le site de Louvain-la-Neuve.

Le premier constat qui ressort de ce travail de recherche est celui d'une tendance à la méconnaissance de la réduction des risques au sein de la population étudiante. Ce constat doit être pris avec précaution, puisque l'échantillon interrogé n'est pas représentatif de l'ensemble des 20 000 étudiants de l'UCLouvain. Cependant, il est supporté par les témoignages des acteurs de terrain rencontrés, qui confirment que la majorité des étudiants ne connaissent pas le concept avant d'y être directement exposés. Il est intéressant de noter que certains étudiants connaissent des actions de réduction des risques sans pour autant savoir que c'est ce dont il s'agit. Ils savent par exemple qu'il y a de plus en plus d'eau et de softs distribués lors des guindailles, que certains baptêmes se font sans alcool et qu'il y a des délégués présents lors des événements qui sont formés pour leur sécurité. Ils connaissent ces actions, mais ils ne savent pas les nommer. Ce qui ressort surtout c'est un manque de visibilité des actions et dispositifs de réduction des risques auprès de l'ensemble de la population étudiante. Mais au-delà de cette question de visibilité, se pose aussi la question de la volonté de s'informer. Certains étudiants ne semblent pas ressentir le besoin de connaître les actions mises en place pour encadrer leur consommation, ce qui constitue un défi supplémentaire pour les acteurs de terrain. Et c'est là que se situe la problématique principale.

En partant de ce constat, une question centrale se soulève, *la réduction des risques mise en place à Louvain-la-Neuve s'adresse-t-elle vraiment à la population la plus à risque ?* Les données récoltées suggèrent que non, cependant ce constat doit être nuancé. Il était sans doute nécessaire, dans un premier temps, de cibler les étudiants les plus visibles et les plus organisés, c'est-à-dire ceux fréquentant le folklore, avant d'étendre progressivement la

portée des actions. Les dispositifs existants ciblent en priorité les étudiants impliqués dans les collectifs étudiants, les cercles, les régionales ou encore les événements festifs. Ce sont des étudiants qui sont souvent là depuis plusieurs années à Louvain-la-Neuve, qui ont une plus grande maturité, qui bénéficient de formations et qui ont déjà eux-mêmes la volonté de modérer leur consommation. Or, la population qui ressort comme la plus à risque dans la littérature et dans les entretiens, c'est précisément celle qui reste en dehors de ces réseaux. Ce sont souvent les plus jeunes, ceux qui viennent d'arriver à Louvain-la-Neuve, qui découvrent une nouvelle liberté, une nouvelle sociabilité et pour qui la consommation d'alcool devient parfois un moyen de s'intégrer, de sociabiliser. Ce sont ceux qui font des soirées privées dans les kots, qui sortent dans les bars, qui restent loin des collectifs étudiants et donc loin de la visibilité des actions de prévention. Cette population est la plus grande et pourtant elle est la moins touchée. Comme le soulignent les entretiens, la question de la consommation dans les kots est devenue une préoccupation majeure depuis le COVID, ce type de consommation a fortement augmenté depuis plusieurs années et contribue à développer une culture de la consommation cachée du regard des autres et des institutions.

Par ailleurs, les entretiens mettent en évidence une évolution positive des comportements dans les lieux festifs. La consommation tend à diminuer, il y a de plus en plus de solidarité entre les étudiants, plus de responsabilité collective. On peut raisonnablement établir un lien entre cette évolution et la présence des dispositifs de réduction des risques lors des événements. Cependant, cette corrélation soulève une question à laquelle ce mémoire ne peut pas répondre complètement : *est-ce vraiment la réduction des risques qui produit ces effets positifs, ou s'agit-il d'une évolution plus générale des mentalités dans la société ?* On observe en effet, notamment à travers les réseaux sociaux, une tendance à valoriser un mode de vie plus sain, à moins consommer, à prendre soin de son corps. Est-ce que c'est la réduction des risques qui change les comportements, ou est-ce que les comportements changent naturellement et la réduction des risques accompagne ce mouvement ? Ce sont des questions qui mériteraient d'être approfondies dans des recherches futures.

D'un point de vue criminologique, ce travail permet de placer la réduction des risques dans un débat plus large sur la manière dont notre société appréhende la consommation de substances. Il existe un paradoxe frappant dans notre rapport collectif aux drogues. On tend à criminaliser et stigmatiser la consommation de substances illicites comme le cannabis ou l'héroïne, en les associant à des comportements déviants et dangereux. Pourtant, l'alcool, qui figure parmi les substances les plus dangereuses en termes d'impact sur la santé et sur

les comportements à risque, reste non seulement légal, mais socialement valorisé, voire promu à travers les médias, le cinéma, la publicité ou encore sur les réseaux sociaux, même si des restrictions légales croissantes tendent à modifier progressivement cette image. Ce décalage est particulièrement visible en milieu étudiant, où la consommation d'alcool est profondément ancrée dans la culture festive depuis des décennies, tandis que la consommation d'autres substances fait l'objet d'une stigmatisation bien plus forte. Pourtant, si quelqu'un est arrêté dans la rue avec du cannabis, il risque une amende, un casier judiciaire, voire la prison. Si cette même personne est dans la rue avec une bouteille de vin, il ne risque rien, ce paradoxe pose question. La réduction des risques, en adoptant une posture de non-jugement et en reconnaissant la réalité des consommateurs, représente une alternative à cette logique purement punitive et moralisatrice. Elle propose de répondre aux risques que peut engendrer la consommation non pas par la sanction, mais par l'information, l'accompagnement et la responsabilisation. C'est là que réside son intérêt criminologique, elle offre une réponse à des comportements qui, sans être nécessairement criminels, peuvent mener à des situations de vulnérabilité, de violence ou de victimisation. La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque documenté pour les violences interpersonnelles, les agressions sexuelles ou encore les accidents de la route (« Alcool en milieu étudiant », 2009). Faire de la réduction des risques autour de la consommation d'alcool, c'est donc aussi faire de la prévention criminologique. C'est faire prendre connaissance à l'autre des risques qu'il court pour lui-même et pour les autres, avant d'en arriver à devoir le sanctionner. Si la sanction reste un outil nécessaire dans notre système juridique, elle ne suffit pas à elle seule à modifier les comportements à risques. Informer et accompagner constituent des leviers complémentaires et souvent plus durables.

Pour finir, ce travail ouvre plusieurs pistes de réflexion pour aller plus loin. La première concerne les moyens d'action. Les dispositifs de réduction des risques restent encore largement ancrés dans des actions physiques, comme la présence sur les lieux festifs, la distribution de matériel ou encore des affiches. Or une grande partie de la vie sociale étudiante se déroule aujourd'hui en ligne. Des campagnes de prévention adaptées aux plateformes numériques comme Instagram, TikTok ou encore Facebook, pourraient permettre de toucher des publics aujourd'hui inaccessibles par les canaux traditionnels. La deuxième piste concerne la collaboration entre villes universitaires. Il serait intéressant de comparer les pratiques de réduction des risques mises en place à Louvain-la-Neuve avec celles d'autres villes universitaires belges, comme Bruxelles ou Leuven, voire même avec

des universités d'autres pays, comme la France, le Canada ou encore les Pays-Bas. Cela permettrait peut-être d'identifier des approches innovantes qui pourraient être adaptées au contexte de Louvain-la-Neuve. Une troisième piste, plus fondamentale, concerne la visibilité et le financement de la réduction des risques. À l'heure actuelle, les budgets alloués à la réduction des risques en Belgique restent insuffisants. On investit dans la prévention avant et dans les soins après, mais pas assez dans l'accompagnement pendant. Et c'est pourtant là que la réduction des risques intervient. Il serait également intéressant de s'interroger sur le périmètre de la réduction des risques telle qu'elle est pratiquée en milieu étudiant à Louvain-la-Neuve. Les actions observées semblent en effet principalement centrées sur la consommation d'alcool, ce qui est compréhensible étant donné que c'est la substance la plus consommée par les étudiants. Mais d'autres substances sont aussi présentes dans ce milieu. La question mérite donc d'être posée, *est-ce que la réduction des risques en milieu étudiant devrait également s'étendre plus explicitement à d'autres types de consommation ?* Enfin, la question de la limite entre prévention et liberté individuelle reste entière, jusqu'où les institutions peuvent-elles et doivent-elles intervenir dans les comportements à risques liés à la consommation des étudiants ? À partir de quel moment un professionnel est-il légitime pour interpeller un jeune adulte sur sa consommation ? Ces questions n'ont pas de réponse simple, mais elles méritent d'être posées et de continuer à nourrir la réflexion sur la place de la réduction des risques dans notre société.

Bibliographie

3 minutes sur les différences entre « addiction » et « dépendance » | OFDT. (2023, août 1). <https://www.ofdt.fr/publication/2023/3-minutes-sur-les-differences-entre-addiction-et-dependance-1821>

14 juillet 1997 Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. (1997). Moniteur Belge.

Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 607-611. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.008>

Alcool, cigarettes électroniques, cannabis : Un nouveau rapport de l'OMS/Europe révèle des tendances inquiétantes dans la consommation de substances psychoactives par les adolescents. (s. d.). Consulté 24 mars 2026, à l'adresse <https://www.who.int/europe/fr/news/item/25-04-2024-alcohol--e-cigarettes--cannabis--concerning-trends-in-adolescent-substance-use--shows-new-who-europe-report>

Alcool en milieu étudiant : L'UCL analyse et agit - Éducation Santé. (2009). <https://educationsante.be/>. <https://educationsante.be/alcool-en-milieu-etudiant-lucl-analyse-et-agit/>

Animation étudiante | Université catholique de Louvain. (s. d.). Consulté 13 avril 2026, à l'adresse <https://www.uclouvain.be/fr/culture/folklore-etudiant>

Après-demain 2017/4 (N ° 44, NF). (s. d.). SHS Cairn.info. Consulté 25 février 2026, à l'adresse <https://shs.cairn.info/revue-apres-demain-2017-4>

asbl, E. (s. d.). Aide et soins. *Eurotox asbl*. Consulté 30 avril 2026, à l'adresse <https://eurotox.org/publications/nos-publications/bonnes-pratiques/soin/>

asbl, E., & eurotox. (2014, novembre 18). Le double diagnostic assuétude-psychiatrique est-il suffisamment pris en compte? *Eurotox asbl*. <https://eurotox.org/2014/11/18/2014-11-18-13-09-17/>

Association des Sociétés et des Bourses de l'UCL. (2013). *Le Jour et la Nuit*. ASBO, GCL, Fédé, AGL, UCL.

Bailly, D. (2009). Chapitre 3. La prévention : Ce qui marche, ce qui ne marche pas. *Hors collection*, 165-221.

Barbier, C. (2008). La consommation d'alcool en milieu étudiant—Éducation Santé. <https://educationsante.be/>. <https://educationsante.be/la-consommation-dalcool-en-milieu-etudiant/>

Barihely, B., Rahanitrondrasana, E. O., & Raharivelo, A. (2024). Article 3. Environnement familial et usage des substances psychoactives des adolescents avant l’incarcération au centre Mandrosoa. *Psy Cause*, 90(3), 31-39. <https://doi.org/10.3917/psca.090.0031>

Bastien, P. (2011). Prévention des assuétudes dans une perspective de promotion de la santé : Le choix de la Communauté française. *Education Santé*. <https://educationsante.be/prevention-des-assuetudes-dans-une-perspective-de-promotion-de-la-sante-le-choix-de-la-communaute-francaise/>

Bègue-Shankland, L. (2014). Chapitre 1. Les psychotropes. *Psycho Sup*, 15-22.

Bergeron, H. (2009). I. Drogues, culture et société : Des usages régulés aux consommations massives. *Repères*, 7-30.

Bergeron, H., & Fortané, N. (2016). 2. De la toxicomanie aux addictions : Point de vue de la sociologie politique. In *Traité d'addictologie* (Vol. 2, p. 29-32). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0029>

Bernaud, J. (2021). Quelle place au symptôme dans l’addiction ? Entre contrainte de la consommation et contrainte de l’abstinence. *Cliniques*, 21(1), 96-109. <https://doi.org/10.3917/clini.021.0096>

Besson, J. (2017). Neurosciences de l’addiction. *Inconscient et spiritualité*, 97-110.

Cock, O. D. (s. d.). *LE PATIENT TOXICOMANE, LE PRODUIT ET L'ENVIRONNEMENT*.

Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH). (2002). *Avis relatif à la prise en charge de patients souffrant d'assuétudes*. SPF Santé Publique, Belgique. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_raa_d_voor_ziekenhuisvoorzieningen-fr/2002_07_10_-_cneh_d_psy_208-2_fr.pdf

De la question des drogues à celle du bien-être. Enquête auprès de 1716 jeunes scolarisés à Namur—Éducation Santé. (s. d.). <https://educationsante.be/>. Consulté 24 mars 2026, à l’adresse <https://educationsante.be/de-la-question-des-drogues-a-celle-du-bien-et-re-enquete-aupres-de-1716-jeunes-scolarises-a-namur/>

- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S., & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : Quels liens ? *Bulletin de psychologie*, 515(5), 471-479. <https://doi.org/10.3917/bupsy.515.0471>
- Dematteis, M., & Pennel, L. (2016). 4. Théories neurobiologiques de l'addiction. In *Traité d'addictologie* (Vol. 2, p. 56-71). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0056>
- Devriendt, W., & Evenepoel, T. (2003). De « Bedrogen » à « Partywise » : Des campagnes de sensibilisation pour la prévention des drogues dans la vie nocturne belge. *Psychotropes*, 9(3), 185-194. <https://doi.org/10.3917/psyt.093.0185>
- Dr Blaise, M. (2019). *Modèles psychologiques et approche psychopathologique des addictions* (p. 5) [Notes de cours]. DESC Collège National Universitaire Des Enseignants d'Addictologie. https://www.cunea.fr/sites/default/files/modeles_psychologiques_m_blaise.pdf
- Du Brulle, C. (2016). A L'UCL, UN ÉTUDIANT SUR QUATRE S'ENNIVRE CHAQUE SEMAINE. *Daily Science*.
- eurotox asbl. (2017). *Bonnes pratiques en matière d'aide et de soins*. Eurotox. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret5_Soins.pdf
- eurotox asbl. (2019). *Bonnes pratiques en réduction des risques*. Eurotox asbl. <https://eurotox.org/publications/nos-publications/bonnes-pratiques/reduction-des-risques/>
- eurotox asbl, & FSMB. (2023). *Assuétudes—Ressources pour les professionnel.les de santé (Région Bruxelloise)*. Eurotox. <https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Fiche-assuetudes.-Ressources-pour-les-profession.nels-de-sante.FSMBxl.pdf>
- Gérome, C., & Guilbaud, F. (2021). Usages de drogues et réduction des risques et des dommages en contextes festifs techno : Quelques enseignements de 20 ans d'observation in situ. *Psychotropes*, 27(3), 87-112. <https://doi.org/10.3917/psyt.273.0087>
- Gierski, F., & Morvan, Y. (2020). Chapitre 3. La consommation d'alcool, de cannabis et de dopants cognitifs chez les étudiants. In *La santé des étudiants* (p. 53-67). La Documentation française. <https://doi.org/10.3917/ldf.belgh.2020.01.0053>
- Guillain, C. (2003). La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1796(11), 5-49. <https://doi.org/10.3917/cris.1796.0005>

- Gulliver, S. B., & Cohen, L. M. (Éds.). (2020). *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (1^{re} éd.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119057840>
- Hautefeuille, M. (2008). Qu'est-ce qu'une addiction ? *Psychotropes*, 14(3), 5-9. <https://doi.org/10.3917/psyt.143.0005>
- Hoareau, E. (2007). L'impact de la réduction des risques dans les espaces festifs techno. *Psychotropes*, 13(2), 27-48. <https://doi.org/10.3917/psyt.132.0027>
- Hogge, M., & Walewyns, E. (2016). *Un projet de Rééducation des Risques*.
- Jeanmart, C. (2008). Entre cadre légal et pratiques de consommations : L'usage de drogues illicites en Belgique francophone. *Déviance et Société*, 32(3), 285-302. <https://doi.org/10.3917/ds.323.0285>
- Karila, L., Martelli, C., Benyamina, A., LUKASIEWICZ, M., Alter, C., RAHIOUI, H., & Reynaud, M. (2004). *Mécanismes neurobiologiques des addictions*.
- Karila, L., & Reynaud, M. (2016). 7. Facteurs de risque et de vulnérabilité. In *Traité d'addictologie* (Vol. 2, p. 84-86). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0084>
- Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders : A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Koter Info. (2013). *Mesures de prévention liées à l'alcool mises en place par l'UCL*. <http://www.koter.info/lln/santepsy09.html>
- La réduction des risques en addictologie*. (s. d.). Consulté 25 février 2026, à l'adresse <https://shs.cairn.info/l-aide-memoire-de-la-reduction-des-risques--9782100582150>
- Lionnez, A. (2021). *Travail social et Assuétudes* [Syllabus]. HELHA Institut Cadrijn.
- Loonis, É. (2001). Les modèles économiques des addictions. *Psychotropes*, 7(2), 7-22. <https://doi.org/10.3917/psyt.072.0007>
- Louvain-la-Neuve | Université catholique de Louvain. (s. d.). Consulté 13 avril 2026, à l'adresse <https://www.uclouvain.be/fr/sites/louvain-la-neuve>
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction : Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00042-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1)

- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). *Harm reduction approaches to alcohol use : Health promotion, prevention, and treatment*.
- Maurage, P., & Campanella, S. (2021a). Chapitre 2. Nommer le binge drinking : Définition et évaluation. *PSY-Émotion, intervention, santé*, 45-74.
- Maurage, P., & Campanella, S. (2021b). *Le binge drinking chez les jeunes. Une approche psychologique et neurocognitive. Une approche psychologique et neurocognitive*. Mardaga. <https://stm.cairn.info/le-binge-drinking-chez-les-jeunes--9782804709839>
- Médecins du Monde. (2013). *Histoire et principes de la réduction des risques, entre santé publique et changement social*. Médecins du Monde. https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/MdM_Reduction-des-Risques.pdf
- MILDECA. (s. d.). *Facteurs de risque, facteurs de protection*. Consulté <https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection>
- MILDECA. (2021). *Qu'est-ce qu'une drogue ?* <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-droque>
- Modus Vivendi. (2016). *Guide pratique pour aider à l'implantation d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant*.
- Morel, A. (2021). L'addiction est une pratique sociale soluble dans la coopération. *Psychotropes*, 27(1), 11-35. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0011>
- Nale, G. L., & Roche, P. (2016). Introduction. Faire avec les drogues, agir avec les usagers. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 21(1), 7-20. <https://doi.org/10.3917/nrp.021.0007>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. OMS. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
- Pedinielli, J.-L., & Bonnet, A. (2008). Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction. *Psychotropes*, 14(3), 41-54. <https://doi.org/10.3917/psyt.143.0041>
- Psychotropes* 2017/2 (Vol. 23). (s. d.). Consulté 25 février 2026, à l'adresse <https://shs.cairn.info/revue-psychotropes-2017-2>

Régny, R., Stévenot, C., & Hogge, M. (2023). *L'USAGE DE DROGUES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE*.

Reynaud, M. (2016). 1. Comprendre les addictions : L'état de l'art. In *Traité d'addictologie* (Vol. 2, p. 1-28). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0001>

Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms : A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy, Risk Environment and Drug Harms*, 20(3), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003>

Rivoirard, A. (2016). Le toxicomane : Une figure de l'errant ? *Le Sociographe*, 53(1), I-XIII. <https://doi.org/10.3917/graph.053.0028>

Saïet, M. (2016). Pour une définition clinique de la notion d'addiction : Apports et limites d'une conception générique du symptôme addictif. *Mouvements*, 86(2), 52-60. <https://doi.org/10.3917/mouv.086.0052>

Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : Modélisations théoriques et perspectives pratiques. *Psychotropes*, 14(3), 91-109. <https://doi.org/10.3917/psyt.143.0091>

SOURDIN, C., & PAUME, J. (2023). *ENQUÊTE SUR LES ASSUETUDES (OBSERVATOIRE DE LA VIE ÉTUDIANTE)*. ULB.

UCLouvain. (2025). *Charte d'Animation Universitaire Étudiante—AUNE*. <https://uclouvain.sharepoint.com/sites/AnimationEtudiante/SitePages/CharteAUNE.aspx?xsdata=MDV8MDJ8c29yYXlhLm1pY2h1bEBzdHVkZW50LnVjbG91dmFpbi5iZXwyNzg1MDYxYTI0MGU0NDkzNThmMjA4ZGVhMjUxM2RhYXw3YWIwOTBkNGZhMmU0ZWNmYmM3YzQxMjdiNGQ1ODJlY3wxfDB8NjM5MTQ0MjU5MTY3MjU1ODQ2fFVua25vd258VFdGcGJHWNiM2Q4ZXIKRmJYQjBIVTFoY0draU9uUnlkV1VzSWxZaU9pSXdMakF1TURBd01DSXNJbEFpT2lKWGFxNHpNaUlzSWtGT0lqb2lUV0ZwYkNjc0lsZFVJam95ZlE9PXwwfHx8&xsdata=Wi9UNzBBa2lDUGxHNzllMHpiMXI0aE1kY1N3M096aVBoYlhZdCt2S240VT0%3d&CT=1778832844936&OR=OWA-NT-Mail&CID=9bd9d054-2a84-3ccf-3fe8-822a03149d46&clickParams=eyJYLUFWcE5hbWUiOiJNaWNyb3NvZnQgT3V0bG9vayBXZWlgaXBWliwiWC1BcHBWZXJzaW9uIjoiaWJyYXNjA1MDgwMTAuMDkiLCJPUyI6IldpbmRvd3MgMTEifQ%3d%3d&SafelinksUrl=https%3a%2f%2fuclouvain.sharepoint.com%2fsites%2fAnimationEtudiante%2fSitePages%2fCharteAUNE.aspx>

Univers Santé ASBL. (s. d.). Nos actions. *Univers Santé*. Consulté 13 avril 2026, à l'adresse <https://www.univers-sante.be/nos-actions/>

Vanthournhout, A. (2001). La réduction des risques à l'usage des drogues de synthèse : Prévention ou promotion de la santé ? *Psychotropes*, 7(3), 127-169. <https://doi.org/10.3917/psyt.073.0127>

Annexes

Annexe 1

Questionnaire

Les étudiants de l'UCLouvain et la Réduction des Risques (RDR) à LLN

Bonjour,

Je suis étudiante en master 2 en criminologie à l'UCL. Dans le cadre de mon mémoire qui porte sur la Réduction des Risques (RDR) à Louvain-La-Neuve je réalise une enquête qui vise à évaluer le degré de connaissance des étudiants sur la RDR et les services associés sur le site de LLN. Les réponses sont anonymes et serviront uniquement à des fins d'analyse.

Merci pour votre participation !

Soraya Michel

* Indique une question obligatoire

1. Je donne mon accord pour participer à cette recherche *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

Informations générales

2. Êtes-vous inscrit à l'UCL sur le site de Louvain-La-Neuve ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

3. Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 18 ans ou moins
- ☐ 19-20 ans
- ☐ 21-22 ans
- ☐ 23-24 ans
- ☐ 25 ans ou plus

4. Depuis combien de temps fréquentez-vous le site de Louvain-La-Neuve (comme étudiant ou autre) ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 an
- ☐ 2 ans
- ☐ 3 ans
- ☐ 4 ans
- ☐ 5 ans ou plus

5. Quel est votre genre ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Non-binaire / Autre
- ☐ Préfère ne pas répondre

6. Quelle est votre fréquentation moyenne des lieux festifs de LLN ? Exemples : Cercles, Casa, Coq, Bar. *

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 fois par semaine ou moins
- ☐ 2-3 fois par semaine
- ☐ 4 fois par semaine ou plus

La Réduction des Risques (RDR)

Petite définition de la réduction des risques :

La Réduction des Risques (RDR) est une approche de prévention qui vise à limiter les conséquences négatives liées à certaines pratiques de consommation, tel que la consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres substances. L'idée n'est pas de juger ou d'interdire, mais plutôt de donner les bonnes infos et les bons outils pour que chacun puisse faire ses choix en connaissance de cause et avec le moins de risques possibles. Ça passe par la prévention, l'accès à du matériel sécurisé et l'accompagnement de celles et ceux qui en ont besoin.

7. Avant de lire la définition ci-dessus, connaissiez vous le concept de la RDR ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Un peu, mais pas précisément

8. Sur le site de LLN, connaissez vous des services / institutions qui travaillent dans le secteur de la RDR ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Si oui, lesquels ?

10. Si vous avez déjà consommé une substance psychoactive, vous êtes vous déjà adressé à ces services / institutions ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

11. Pourquoi ?

12. Si vous consommiez un jour une substance psychoactive, vous adresseriez vous à ces services / institutions ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

☐ Peut-être

13. Pourquoi ?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 2

Guide d'entretien institutions

Présentation

- Pouvez-vous vous présenter et décrire votre fonction ?

Rôle et définition

- Quel est votre rôle vis-à-vis des enjeux de santé, de prévention et de réduction des risques à l'UCL ?
- Comment définissez-vous la réduction des risques au sein de l'université ?

Actions et dispositifs

- Comment est gérée la question de la consommation au sein de l'UCL ?
- Quels dispositifs avez-vous mis en place pour encadrer la consommation ?
- Y a-t-il un dispositif qui a particulièrement bien fonctionné ces dernières années ?

Visibilité et impact

- Pensez-vous que les actions mises en place sont bien visibles pour tous les étudiants ?
- Est-ce qu'un étudiant en dehors d'un cercle ou d'un KAP peut facilement y avoir accès ?
- Pensez-vous que les dispositifs mis en place ont eu un impact sur la vie étudiante ?

Évolution

- Avez-vous observé une évolution de la consommation et de la vision de l'UCL par rapport à celle-ci au fil des années ?
- Est-ce que les étudiants ont évolué dans leur rapport à la consommation ?

Collaboration

- Avec quels acteurs travaillez-vous sur ces questions ?
- Travaillez-vous en collaboration avec les autres universités et écoles présentes à LLN ?

- Qui sont vos partenaires clés dans la prévention et la réduction des risques ?

Éthique et défis

- Rencontrez-vous parfois des dilemmes éthiques entre la liberté des étudiants et la santé publique ?
- Y a-t-il un décalage entre vos attentes et les besoins des étudiants ?

Perspectives

- Avez-vous des projets que vous aimeriez mettre en place à l'avenir ?
- Si vous aviez une baguette magique, quel dispositif idéal aimeriez-vous mettre en place ?

Annexe 3

Guide d'entretien collectifs

Présentation

- Peux-tu m'expliquer ton rôle exact en tant que délégué.e Guindaille 2.0 ?
- Comment as-tu été sensibilisé.e à la question de la réduction des risques dans ton cercle/organisation ?

Perception et connaissances

- Avant de t'impliquer, avais-tu déjà entendu parler du concept de réduction des risques ?
- Comment, selon toi, les étudiants perçoivent-ils en général les actions de prévention ou de réduction des risques ?

Actions concrètes

- Quelles actions de réduction des risques sont actuellement mises en place lors des événements étudiants organisés par votre cercle ou d'autres ?
- Peux-tu me donner quelques exemples pratiques de dispositifs que vous utilisez (ex : distribution d'eau, safe zones, éthylo-tests, communication sur les risques...) ?
- Comment choisissez-vous quelles actions mettre en place ? Y a-t-il des priorités (ex : alcool, drogues, consentement, etc.) ?

Retour des étudiants

- Quel est, d'après toi, le retour des étudiants sur ces initiatives ? (acceptation, désintérêt, critiques...)
- Avez-vous déjà reçu des réactions positives ou négatives suite à une campagne ou une action particulière ?

Ressenti et défis

- Est-ce que tu ressens parfois un conflit entre l'envie de "faire la fête" et la nécessité de mettre en place des actions de prévention ?

- Quels sont les plus gros défis que vous rencontrez pour intégrer la réduction des risques dans les événements festifs ?

Collaboration et soutien

- Est-ce que vous collaborez avec d'autres cercles, Univers Santé ou d'autres acteurs pour vos actions de RDR ?
- Est-ce que tu as l'impression d'avoir assez de soutien de l'université ou d'autres structures pour mettre en place vos initiatives ?

Évolution et regard critique

- As-tu l'impression que la mentalité des étudiants a évolué ces dernières années par rapport aux comportements à risque ?
- Qu'est-ce que tu aimerais voir évoluer dans les dispositifs ou le soutien autour de la réduction des risques à Louvain-la-Neuve ?

Annexe 4

Charte AUNE

Lien : La Charte AUNE est disponible sur le site de l'UCLouvain à l'adresse :
www.uclouvain.be/fr/culture/folklore-etudiant

Michel Soraya

Juin 2026

**La réduction des risques face à la consommation étudiante à
Louvain-la-Neuve : entre actions de terrain et perception
estudiantine**

Promoteur : Professeure Christophe Janssen

La consommation de substances, et notamment d'alcool, est une réalité profondément ancrée dans la culture festive et folklorique du campus de Louvain-la-Neuve. Face aux risques qu'elle engendre, plusieurs institutions ont développé des dispositifs de réduction des risques destinés aux étudiants de l'UCLouvain. Pourtant, ces actions sont-elles réellement connues et perçues comme efficaces par ceux qu'elles cherchent à atteindre ? À travers un questionnaire diffusé auprès de 132 étudiants et des entretiens semi-directifs avec quatre acteurs de terrain, ce mémoire met en évidence un déficit de visibilité important. Si les dispositifs existants touchent efficacement les étudiants impliqués dans le folklore estudiantin, ils peinent à atteindre la majorité silencieuse, celle qui reste en dehors des réseaux associatifs et qui constitue pourtant la population la plus à risque. Ce travail interroge ainsi les limites et les défis de la réduction des risques en milieu universitaire, et ouvre des pistes de réflexion pour élargir sa portée.