



**Parlement francophone bruxellois**  
(Assemblée de la Commission communautaire française)

Session 2011-2012

Réunion du vendredi 19 juillet 2013

**Bulletin des interpellations et des questions orales**

**Commission plénière**

**Sommaire**

	Pages
<i>Excusés</i> .....	2
<i>Auditions dans le cadre de la thématique de la réduction des risques liés à l'usage de drogues</i>	
<i>Rapport fait au nom de la commission de la Santé</i>	
▪ <i>Exposé de M. Jacques Morel, rapporteur</i> .....	2
▪ <i>Débat</i> .....	4
<i>(Orateurs : Mme Anne Charlotte d'Ursel, Mme Catherine Moureaux, Mme Fatoumata Sidibé, Mme Dominique Braeckman, M. Pierre Migisha, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Céline Fremault, ministre)</i>	
<i>Clôture</i> .....	19

Présidence de M. Hamza Fassi-Fihri, président

La commission plénière est ouverte à 10h05.

**M. le président.**- Mesdames et Messieurs, la commission plénière est ouverte.

**EXCUSÉS**

**M. le président.**- Ont prié d'excuser leur absence :

- Mme Anne-Sylvie Mouzon, pour raisons de santé ;
- M. Jacques Brotchi, Mme Zakia Khattabi, M. Philippe Pivin et Mme Françoise Schepmans, retenus par d'autres devoirs ;
- Mme Cécile Jodogne, M. Jamal Ikazban et Mme Martine Payfa.

**AUDITIONS DANS LE CADRE DE LA THÉMATIQUE  
DE LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS  
À L'USAGE DE DROGUES**

**RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ**

**M. le président.**- Nous sommes réunis aujourd'hui en commission plénière pour mener un débat sur la thématique de la réduction des risques liés à l'usage de drogues [doc. parl. 92 (2012-2013) n° 1.

La commission de la Santé a réalisé un long travail sur cette thématique. Elle a procédé à de nombreuses auditions, eu plusieurs discussions et décidé, au terme de ce processus, d'élaborer des recommandations.

Ces travaux font l'objet du rapport qui servira de base au débat d'aujourd'hui.

La séance se déroulera comme suit :

- le rapporteur fera un exposé de 20 minutes ;
- chaque groupe aura un temps de parole de 30 minutes pour intervenir ;
- la ministre aura ensuite 30 minutes pour répondre
- et enfin, chaque groupe pourra mandater un orateur qui disposera de 10 minutes pour répliquer.

**Exposé de M. Jacques Morel, rapporteur**

La parole est à M. Morel, rapporteur.

**M. Jacques Morel (Ecolo), rapporteur.**- La commission de la Santé de la Commission communautaire française a consacré une part importante de ses travaux à une réflexion sur les stratégies de réduction des risques. La réduction des risques continue, en effet, à poser problème au niveau de plusieurs aspects, tant institutionnels que structurels et fonctionnels.

L'approche de réduction des risques est née du constat d'échec et de la relative impuissance des politiques de lutte contre les drogues, ainsi que de la nécessité d'adopter une attitude responsable de santé publique. Elle inclut le fait de prôner la limitation des conditions de transmission infectieuse, particulièrement de l'hépatite et du sida.

Sa place dans le panorama des stratégies de prise en charge de la toxicomanie reste fragile. Ses définitions sont incertaines et la législation est souvent absente pour cadrer le problème. Le budget qui est alloué à cette approche est relativement dérisoire parmi les moyens accordés à la prise en charge de la toxicomanie. Sa place est également hésitante, entre le secteur de la prévention et les soins.

La réduction des risques continue de poser un problème à la population qui l'associe à l'insécurité, aux décideurs politiques qui voient une tension entre sécurité et santé publique, et aux acteurs de la problématique écartelés par ces différents clivages.

Les acteurs de la réduction des risques sont dépendants de multiples tutelles et au centre d'initiatives politiques à tous les niveaux de pouvoir. Au niveau fédéral, le Fonds de lutte contre les assuétudes et les conventions de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) sont concernés et ils font l'objet de transferts de compétences. Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles sont organisées des tables rondes dont découlent des recommandations et la mise en place d'une cellule de coordination pour la prise en charge des assuétudes. À l'échelon régional, le projet de plan régional confié à la Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes (Fedito) est en attente de publication.

Enfin, les turbulences des transferts de compétences liés à la sixième réforme de l'État accentuent nos préoccupations pour cette stratégie, ce secteur, ses acteurs et les missions qu'ils réalisent auprès des usagers.

La commission de la Santé s'est penchée sur la question en adoptant une approche en trois étapes : auditions, construction d'un rapport et mise en place d'un groupe de travail qui s'est accordé sur un certain nombre de recommandations. Le travail était ouvert à tous les groupes politiques qui ont tous participé.

Le rapport des auditions, largement détaillé, traduit bien les questions posées par les acteurs du secteur et les débats qu'elles ont suscités. Je ne peux que vous inviter à y puiser information et réflexion.

Je voudrais remercier les services et Mme Huygens pour la qualité du travail effectué.

Je voudrais aussi citer les personnes que nous avons eu l'occasion de recevoir, et les remercier de leurs témoignages éclairants sur les réalités fonctionnelles et institutionnelles qu'elles rencontrent :

- le professeur Isidore Pelc, chef honoraire du service de psychiatrie et de psychologie médicale à l'hôpital Brugmann ;
- Catherine Van Huyck, directrice de l'asbl Modus Vivendi ;
- Christophe Marchand, directeur de la Commission drogues du Centre d'action laïque ;
- Pascale Jamouille, anthropologue, chargée de cours au laboratoire d'anthropologie de l'UCL et membre de l'équipe du Méridien ;
- Jean-Louis Bara, président de l'association française SAFE ;
- Frédérique Bartholeyns, directrice de l'asbl Dune ;

- Muriel Goessens, directrice de l'asbl Transit ;
- Julien Fanelli, responsable du comptoir d'échange de seringues LAIRR (Lieu d'accueil, d'information et de réduction des risques) ;
- Ludovic Henrard, directeur de l'asbl Fedito bruxelloise ;
- Pascale Anceaux, directrice de l'asbl Infor Drogues ;
- Miguel Rwubusisi, chargé de projets à l'asbl Eurotox
- ainsi que l'Observatoire des drogues en Communauté française.

Je me contenterai de pointer les lignes de force qui ressortent des auditions qui ont alimenté les recommandations du groupe de travail.

Les acteurs ont rappelé combien l'échec des stratégies traditionnelles de prise en charge des toxicomanies essentiellement basées sur la recherche de l'abstinence et, ensuite, l'apparition de l'épidémie du sida dans les années 80 ont amené à repenser les politiques de santé à l'égard de l'usage des drogues.

Afin d'améliorer la santé des toxicomanes et de l'ensemble de la population, notamment en évitant, pour les produits injectables, la propagation du sida et des hépatites, différents pays ont mis en place des actions d'échange ou de distribution de seringues. Ainsi est apparu le concept de "réduction des risques".

Cette démarche vise à promouvoir la santé, le bien-être, la dignité, la citoyenneté des consommateurs, à préserver la santé et le lien social des usagers de drogues. Elle se présente comme une stratégie globale qui intègre la prévention et les soins. La réduction des risques est à la fois une démarche de promotion de la santé individuelle, qui vise à donner au consommateur de drogues l'information et les moyens nécessaires pour réduire les risques liés à sa consommation de produits psychotropes, et une démarche de santé publique, qui vise à éviter la propagation de maladies (sida, hépatites...) ou de problèmes de santé (overdoses, "bad trips"...).

La réduction des risques est une approche pragmatique. Elle promeut le bien-être, la responsabilité, le souci de soi des usagers de drogues (actifs ou en devenir). Elle vise également l'insertion sociale de ces usagers, et se situe par conséquent au confluent des champs de la santé et du domaine social, plutôt que dans le champ du pénal.

L'efficacité des actions de réduction des risques, tant pour les usagers que pour leur entourage immédiat et l'ensemble de la population n'est désormais plus contestée. Ainsi, le "testing" de pilules de drogues de synthèse pratiqué dans de nombreux pays depuis le début des années 90 a permis de réduire la mortalité liée à la consommation de ce type de produits. De même, le traitement par une distribution contrôlée d'héroïne mis en place en Suisse depuis 1994 a permis à la fois une amélioration de la santé physique et mentale des usagers, mais également une diminution de la consommation en rue et de la délinquance.

Le projet pilote Tadam de traitement assisté par héroïne pharmaceutique, inspiré par l'expérience suisse et mis en place à Liège entre janvier 2011 et janvier 2013, semble livrer des résultats similaires. Les programmes d'échange de seringues mis en place sous forme de comptoirs en Belgique, au Canada, en France, et ailleurs, ou de bornes de prévention au Canada et en France, ont, eux aussi, grandement participé à la diminution de la propagation de maladies infectieuses.

Malgré ces constats, la réduction des risques ne fait aujourd'hui l'objet d'aucune reconnaissance législative. Ce vide juridique entraîne une insécurité pour les acteurs dans ce domaine : ingérence des autorités policières et judiciaires, manque d'articulation, voire initiatives contradictoires entre les différentes entités compétentes, financements précaires, etc.

Enfin, la récente réforme de l'État scellée au niveau fédéral fait peser des incertitudes quant à la pérennité des actions de réduction des risques financées par différentes entités. Cette réforme peut toutefois se révéler une opportunité d'augmenter la cohérence des dispositifs. En Belgique, depuis les premières opérations "Boule de neige" lancées en 1989 à Bruxelles, Charleroi et Liège, différents dispositifs ont été mis en place dans le cadre de la réduction des risques.

Évoquons entre autres les comptoirs d'échange de seringues, la distribution de kits d'injection, les essais de produits psychotropes en milieu festif et le système d'alerte précoce, la diffusion de brochures, les services de bas seuil garantissant un accès inconditionnel, en matières tant administrative que financière, sanitaire ou horaire et, dernièrement, la salle de consommation et de distribution contrôlée d'héroïne à Liège.

Des questions se posent sur les plans institutionnel, structurel, et fonctionnel, qu'il faut relier aux principaux axes des recommandations proposées.

Premièrement, si le bien-fondé de la réduction des risques s'affirme avec le temps, cette approche représente un tissu de méconnaissances et de craintes, tant du côté des citoyens que des pouvoirs publics.

Il nous faut également retravailler la dépénalisation des produits, des pratiques et des acteurs de la problématique. Cela s'accompagne de la nécessité de reconnaître la stratégie de réduction des risques pour ce qu'elle est.

L'éclatement des compétences pose problème : actuellement, les moyens émanent de tous les niveaux de pouvoir et il est véritablement complexe d'établir, de façon transversale, des liens entre prévention, soins, réinsertion, et le volet sécuritaire, tout en conservant une saine distance.

Par ailleurs, l'accord institutionnel a des conséquences importantes sur ce secteur et ses acteurs. Le souci de cohérence et de pérennisation des financements doit être considéré comme une priorité.

Enfin, mettre en place des projets novateurs d'accès à bas seuil à la réduction des risques s'avère difficile, et un certain nombre de questions se posent en la matière.

Sur la base de ces constats, la commission a formulé des recommandations demandant au gouvernement de la Commission communautaire française :

- de favoriser la reconnaissance auprès de la population de la culture et des pratiques de réduction des risques en mettant en place des actions d'information, de sensibilisation et de formation ;
- d'œuvrer, en concertation avec les autres niveaux de pouvoir, à la reconnaissance institutionnelle et structurelle de la réduction des risques, comme quatrième pilier des politiques de lutte contre les assuétudes, voire comme troisième pilier de la santé publique, à côté de la prévention et des soins ;
- d'œuvrer, en concertation avec les autres niveaux de pouvoir, à la clarification du rôle des acteurs de la réduction des risques, afin qu'ils n'encourent pas de sanction pénale ;

## B.I.Q. N° 14 (2012-2013)

- d'œuvrer, en concertation avec les autres niveaux de pouvoir, à la réaffirmation du soutien au secteur de la réduction des risques, en garantissant la pérennisation des financements actuels de manière globale, ainsi que durant la période intermédiaire avant la mise en œuvre de l'accord institutionnel d'octobre 2011 ;
- de veiller, dans le cadre de la mise en œuvre de cet accord, à assurer une réorganisation cohérente des compétences pour le secteur des assuétudes ;
- de simplifier, avec les autres entités, le soutien aux actions de réduction des risques, à travers le renforcement de la concertation entre les différentes autorités compétentes, la désignation d'un guichet unique, par exemple, et la concrétisation d'un plan d'actions de réduction des risques ;
- de promouvoir les bonnes pratiques et de soutenir des initiatives de réduction des risques ayant démontré leur efficacité comme, notamment, les comptoirs d'échange de seringues, les salles de consommation à moindre risque ou les bornes de prévention.

Le rapport et les recommandations ont été produits et adoptés par l'ensemble des groupes. Ils invitent le gouvernement à user de son pouvoir d'action en la matière.

*(Applaudissements)*

**M. le président.**- Je remercie M. Morel pour son excellent rapport des nombreuses auditions organisées en commission de la Santé.

Chaque groupe disposera de 30 minutes pour sa première intervention, ainsi que le ministre pour sa réponse. Chaque groupe aura ensuite droit à 10 minutes pour sa réplique.

### **Débat**

**M. le président.**- L'ordre du jour appelle le débat.

La parole est à Mme d'Ursel.

**Mme Anne Charlotte d'Ursel (MR).**- La dépendance aux opiacés est un problème sérieux, d'ampleur croissante. On estime entre 12 millions et 21 millions le nombre de consommateurs d'opiacés dans le monde. Une majorité d'entre eux consomme de l'héroïne.

En Europe, les statistiques indiquent que 43 à 54% des consommateurs d'opiacés suivent un traitement. Ce type de dépendance nuit à l'individu lorsqu'elle n'est pas traitée. Les consommateurs d'opiacés ont un taux de mortalité globale jusqu'à 20 fois supérieur à celui de la population générale. La plupart des personnes dépendantes aux opiacés présentent de graves comorbidités non traitées.

Plus de 85% des cas de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Europe de l'Est peuvent être attribués à une toxicomanie par voie intraveineuse. Dans les pays à faible prévalence de mortalité liée au sida, le taux de mortalité associé aux patients dépendants aux opiacés est treize fois supérieur à celui de la population générale.

Une dépendance non traitée aux opiacés nuit aussi à la société. Des études réalisées dans des pays industrialisés suggèrent que le poids économique de la dépendance aux opiacés représente entre 0,2 et 2% du produit intérieur brut (PIB) du pays.

En Belgique, on estime à 50.000 le nombre d'utilisateurs d'opiacés, dont 30.000 réguliers. Parmi eux, 17.000 sont sous thérapie de substitution. L'incidence annuelle est de

3.055 nouveaux cas par an. Nous assistons à une diminution du nombre de consommateurs en Europe.

Les auditions relatives à la thématique de la réduction des risques ont notamment mis en évidence le manque de reconnaissance structurel auquel sont confrontés les acteurs de la réduction des risques. Un plan de réduction des risques est inscrit dans la déclaration de politique générale. Selon le gouvernement, cette volonté part du constat qu'il n'existe ni programmation, ni priorités pour les projets bruxellois de réduction des risques et les besoins à rencontrer dans ce domaine.

La réduction des risques se situe dans un cadre de promotion de la santé, mais doit également être en lien avec les structures de soins. Cela implique de travailler sur les déterminants de la santé de manière transversale et intersectorielle, ce qui implique une concertation avec un grand nombre d'acteurs issus de champs professionnels multiples.

Le plan de réduction des risques bruxellois poursuit plusieurs objectifs : identifier les acteurs concernés et les besoins non couverts dans ce domaine, hiérarchiser les actions à mener et renforcer la cohérence des actions menées. Le gouvernement a mandaté la Fédération des institutions d'aide aux toxicomanes (Fedito) pour piloter ce plan et lui a octroyé un subside de 55.000 euros pour assurer cette mission.

L'objectif était de finaliser le plan pour la fin de 2012. Où en est ce plan de réduction des risques ? Quel est son état d'avancement ? Que permet-il en matière de reconnaissance de la réduction des risques comme pilier de la politique de santé dans le domaine des drogues ? Quels acteurs concernés identifie-t-il ? Quels sont les besoins non couverts dans ce domaine ? Comment la hiérarchisation des actions à mener se décline-t-elle ? Quels sont les budgets alloués à la mise en œuvre de ce plan ? Comment ces budgets sont-ils ventilés ? Qu'en est-il des outils de sensibilisation de la population contenus dans ce plan ?

Par ailleurs, pour mener une politique efficace de réduction des risques, nous devons définir ce qu'elle recouvre et évaluer les moyens. Comment le gouvernement définit-il la réduction des risques ? Quels sont les moyens d'action envisagés dans le plan en matière de réduction des risques ? Quels sont les outils d'évaluation des moyens de la réduction des risques ? Plus précisément, qu'en est-il de l'efficacité des bornes d'échange de seringues et des salles de consommation ?

Enfin, les auditions ont également mis en exergue les difficultés d'action liées à l'éclatement des politiques et subventionnements en matière de toxicomanie. À cet égard, un protocole d'accord relatif à la cellule francophone santé-assuétudes devait permettre la création de la structure dès janvier 2013. Cette cellule doit être le lieu de rencontre des trois entités sur les questions d'assuétudes. Qu'en est-il du fonctionnement de cette cellule ? Comment s'organise-t-elle ? Quelles sont ses activités ?

*(Applaudissements sur les bancs du MR)*

**M. le président.**- La parole est à Mme Moureaux.

**Mme Catherine Moureaux (PS).**- Je suis particulièrement heureuse de prendre la parole aujourd'hui. J'avais laissé ce travail en cours et mes collègues l'ont repris à bras-le-corps.

Je suis surtout émue parce que vous avez réussi, tous partis confondus, à tomber d'accord sur une position qui m'apparaît comme très progressiste en matière de politique consacrée aux toxicomanies. Le débat a pu avoir lieu dans la sérénité,

sans œillères. Je tiens à louer ici le travail effectué par les membres de la commission de la Santé.

Je tiens aussi à saluer le travail des professionnels de la réduction des risques pour le courage dont ils font preuve chaque jour au sein des comptoirs, des associations, en rue, pour leur engagement plein de persévérance et pour leur insistance à se faire entendre, qui a permis notre débat.

Depuis des dizaines d'années, Bruxelles, grâce au travail de tant de professionnels de la santé et du secteur social, a été à la pointe de bien des combats humanistes. Ainsi, notre Région a mené une rude bataille pour défendre une politique respectueuse de la personne humaine, notamment dans le mouvement anti-enfermement en matière de psychiatrie, mais aussi en ce qui concerne la défense de la santé des femmes, en permettant à celles-ci de disposer librement de leur choix en matière de maternité.

Cependant, en termes d'assuétudes, les auditions nous ont permis de mesurer combien nous étions en retard par rapport à nos voisins. À Bruxelles, les professionnels se sont engagés, notre institution les a soutenus et a permis aux acteurs de terrain de stabiliser leurs actions en faveur des usagers de drogues, autant en prévention qu'en soins.

Toutefois, en matière de réduction des risques, le secteur se retrouve en état de sous-financement chronique, ne faisant qu'accentuer son sentiment que le monde politique ne lui accorde pas le soutien et la légitimité nécessaires. À cela s'ajoute pour ces intervenants la difficile cohabitation avec le pouvoir judiciaire, les travailleurs du secteur se sentant en permanence en situation d'insécurité juridique dans notre pays. Nous avons déjà pu voir une série d'actions s'interrompre à la suite de l'irruption du pouvoir judiciaire dans les activités des associations.

Enfin, la réforme de l'État plane au-dessus de nos têtes et inquiète le secteur. Il y a urgence. J'espère, Madame la ministre, que vous pourrez donner des réponses plus complètes que celles qui ont été apportées jusqu'à présent.

Aujourd'hui, avec ces recommandations, nous faisons un pas dans la bonne direction. Nous le devons à la volonté conjugée de professionnels insistants et de parlementaires ouverts et intéressés.

Nous voici arrivés au terme de ce long travail de réflexion de la commission de la Santé. Il se termine par ces recommandations, qui sont une première réponse aux difficultés que rencontre le terrain de la réduction des risques. Aujourd'hui, nous pouvons tous être fiers que le Parlement francophone bruxellois fasse figure de précurseur en la matière en Belgique.

Le concept de réduction des risques est né dans les années 1980, lors de la pandémie du sida. Les usagers de drogues par voie intraveineuse étant fortement exposés au risque de contracter le VIH et les hépatites B et C, le pouvoir politique s'est vu obligé de reconsidérer la question de leur santé. Jusqu'alors, l'accès aux soins était conditionné à l'arrêt pur et simple de la consommation, excluant de facto les personnes dans l'incapacité d'arrêter ou n'en ayant pas l'envie au moment dit. Il fallait néanmoins donner à ces usagers les moyens de se préserver au maximum des risques infectieux. La réduction des risques était née.

Partant du principe que la consommation de drogues, tant légales qu'illégales, a toujours existé et existera peut-être toujours, la réduction des risques vise à prévenir et à limiter les dommages sanitaires et sociaux occasionnés par la consommation. C'est une stratégie de santé publique, puisqu'elle vise à réduire la morbidité, la mortalité et l'exclusion

sociale induites par la consommation de drogues. C'est aussi une approche globale, puisqu'on y prend en compte la santé physique, psychique et sociale des personnes qui consommeront, consomment ou ont consommé des drogues.

La réduction des risques est donc une approche complémentaire de la prévention et du traitement. Comme la prévention et le traitement, lorsqu'ils sont bien menés, elle réhumanise l'usager de drogues, qui redevient citoyen à part entière. Parfois, il ne fait appel qu'à ces dispositifs : les garanties qu'ils offrent sont donc de première importance.

Évidemment, les pouvoirs publics se sont posé la question de l'efficacité et du coût de telles stratégies. En Belgique, peu d'études répondent à ces questions. J'ai donc développé un bref argumentaire sur la base d'une analyse de l'Institut national de santé et de recherche médicale (Inserm) français, datant de 2010. Le ministère français de la Santé et des Sports avait en effet sollicité l'Inserm pour la réalisation d'une expertise collective. Un groupe pluridisciplinaire de quatorze experts, rassemblant des épidémiologistes, des sociologues, des économistes, des professionnels de la Santé publique, des psychiatres et des hépatologues, a analysé un grand nombre d'articles relatifs à des études en la matière.

Sur les 1.000 articles au départ, 700 ont été sélectionnés comme étant tout à fait valables et analysables. De ce travail considérable, on peut retenir quelques enseignements essentiels quant à l'efficacité et au coût des modalités de traitement et de réduction des risques.

Ce travail qui a notamment porté sur les traitements de substitution, les dispositifs d'échange de seringues et les centres d'injection supervisée (CIS) a pu mettre en évidence les grandes lignes suivantes.

Premièrement, les traitements de substitution jouent un rôle prépondérant dans la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mais aussi contre le virus de l'hépatite C s'ils sont associés à d'autres outils de réduction des risques. On est ici au cœur de la complexité du sujet : il est souvent difficile d'isoler les processus de réduction des risques des autres processus.

C'est aussi vrai dans l'autre sens : le traitement de substitution sans les autres outils de réduction des risques que sont l'échange de seringues et l'éducation par les pairs n'est pas aussi efficace. De même pour les personnes déjà infectées par le VIH, le traitement par méthadone permet le plus souvent l'initiation d'une multithérapie, qui constitue un premier pas dans le soin, diminue le risque de décès, jusqu'à 75% selon certaines études, là où un arrêt du traitement multiplie jusqu'à huit fois la mortalité.

Il existe diverses molécules. Par exemple, le traitement par buprénorphine, qui entraîne des risques de dépression respiratoire et d'overdose extrêmement réduits si on les compare avec ceux de la méthadone. On peut également discuter de l'intérêt d'utiliser l'héroïne, mais j'y reviendrai plus tard.

Les experts concluent qu'en général, le traitement de substitution améliore les conditions médicales et sociales des usagers de drogues. Ainsi, on observe une diminution de l'activité criminelle et un retour plus fréquent à l'emploi. Tout ceci constitue des éléments assez connus : si l'on éprouve encore aujourd'hui quelques réticences à l'égard des traitements de substitution, ces derniers sont largement acceptés.

Les deux autres points abordés par le rapport et que j'ai choisi de vous synthétiser ici posent, quant à eux, beaucoup plus question et entraînent davantage de polémiques.

Concernant les programmes d'échange de seringues, un grand nombre d'études convergent et montrent qu'ils apportent une réduction des comportements à risques liés à l'injection : partage de matériel, diminution des injections à risque et de l'élimination sans précaution du matériel usagé. Cette élimination sans précaution du matériel usagé est un argument de sécurité et de santé publique. Généralement, on dit que des problèmes de sécurité découlent de la consommation de drogues. Ici, on constate clairement une diminution de ces problèmes, puisque l'élimination du matériel usagé est supervisée. De même, ces programmes d'échange semblent diminuer la fréquence des injections.

Enfin, de manière globale, les effets des programmes d'échange de seringue vont dans le sens d'une diminution de la prévalence du VIH.

C'est évidemment un effet recherché.

Malheureusement, il est difficile de mener des études uniquement sur les échanges de seringues. En général, il n'est pas simple d'enrôler les usagers qui n'utilisent que l'échange de seringues dans les études. Très souvent, ces dernières sont limitées aux usagers qui utilisent à la fois l'échange de seringues et un dispositif comme le traitement de substitution.

Les programmes d'échange de seringues touchent des publics jeunes qui ne souhaitent pas se rendre dans des services et qui trouvent là un dispositif anonyme. On peut le déplorer, mais on constate que cette particularité étend le panel des publics et des traitements demandés.

Les centres d'injection supervisée (CIS) visent un autre public. Ils sont fréquentés majoritairement par des hommes et surtout, par des personnes en situation de très grande précarité. Dans les villes, pour la plupart, leur public est constitué de personnes sans domicile fixe, sans travail et recourant à l'aide sociale. Leurs usagers ont également des problèmes spécifiques liés à l'injection et un âge moyen élevé. En effet, en Europe, la majorité d'entre eux a plus de trente ans. En outre, une part importante de ces usagers a déjà été en traitement pour leur dépendance. Ces centres sont donc un complément pour des personnes dans une situation de précarité peut-être encore plus grande que ceux qui ont accès aux autres dispositifs.

Ces centres soulèvent de grandes questions. Pourtant, on n'a jamais eu à déplorer d'overdose dans aucun des centres d'injection dans le monde. Mieux encore, cette pratique paraît avoir diminué l'usage de drogues dans l'espace public, amélioré la technique d'injection et diminué le partage de seringues. En outre, comme ils sont intégrés dans un réseau de soins et d'aide, ces centres contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues.

L'une des craintes liées à la création de ces centres est d'augmenter la demande. Au contraire, les études sur les centres existants montrent qu'il n'y a pas d'augmentation des nouveaux injecteurs. C'est notamment le cas à Vancouver et à Genève. Le centre de Genève s'avère d'ailleurs un élément de stabilisation ou même de diminution de la consommation.

La crainte de nuisances sociales éventuellement créées par ces centres n'est pas fondée. En effet, nous disposons de données solides et convergentes sur la capacité des centres d'injection supervisée à diminuer les nuisances dans l'espace public et sur l'absence d'impact sur la criminalité liée à l'acquisition de drogues.

Quant à l'implantation dans un quartier, les études relèvent que, quand un consensus local peut être construit et que la communication et la collaboration entre les structures, la police, les riverains et les autorités politiques fonctionnent,

l'installation du centre ne génère pas de problèmes de voisinage.

S'agissant des frais d'implantation et d'exploitation, notons que ces centres d'injection supervisée génèrent des coûts élevés. Cependant, en approfondissant l'analyse économique, comme cela a été fait pour les CIS de Vancouver et de Sydney, l'on peut conclure à l'efficacité économique du modèle. En effet, l'ouverture des CIS, par leur effet sur les overdoses mortelles évitées et sur la transmission du VIH, contribue à réduire le fardeau financier à venir pour la société. Pour ces raisons, et surtout pour le nombre d'infections par VIH évitées, les CIS ont été évalués comme rentables.

Pour conclure sur le rapport coût-efficacité des dispositifs, on peut retenir que les dispositifs de réduction des risques permettent une économie certaine des coûts qu'aurait induits l'épidémie de VIH. Dans le cas du virus de l'hépatite C (VHC), le constat est plus difficile, mais le bénéfice d'une infection par VHC évitée était d'au moins 250.000 dollars en 2010. De tels chiffres sont astronomiques.

En général, les CIS permettent non seulement d'atteindre des populations difficiles à toucher et de leur proposer une offre de santé, mais aussi de réduire le nombre de surdoses et les risques pour la santé.

Pour clôturer cette partie plus chiffrée et technique, je citerai l'une des personnes auditionnées, à savoir Frédérique Bartholeyns, la directrice de l'asbl Dune. Elle nous proposait une approche différente du sujet : "Un élément peut donner une idée de l'importance des dispositifs d'échange de seringues en termes de santé publique : le traitement par Interféron de trois personnes contaminées par l'hépatite C correspond au coût, pour toute la Communauté française, d'un dispositif cohérent d'accès au matériel stérile d'injection, c'est-à-dire un dispositif qui couvrirait l'ensemble des besoins des comptoirs (en matériel), soit autour de 200.000 euros. Actuellement, la centrale d'achat (17 comptoirs) fonctionne avec seulement 30.000 euros".

Comme on le voit dans ces résultats, la pertinence des stratégies n'est plus à démontrer et le manque de moyens peut être entendu. Il est donc de notre devoir de permettre une stabilisation de ce secteur en lui apportant un cadre clair de référence.

Nos recommandations abordent de front la question de la reconnaissance, culturelle ou institutionnelle, de la réduction des risques. Elles s'attaquent également à la question de la pénalisation possible des actes des professionnels du secteur. Elles marquent le soutien de notre assemblée à une série de pratiques, dont les comptoirs d'échange de seringues, les salles de consommation à moindre risque et les bornes de prévention.

Dans ce cadre, Madame la ministre, je voudrais vous rappeler les termes de l'accord gouvernemental de 2009 : "Un plan bruxellois de réduction des risques sera élaboré dans le domaine des toxicomanies". Un plan concerté, pesé, qui, comme nous le recommandons, ferait la part belle aux bonnes pratiques et soutiendrait les dispositifs existants.

Votre prédécesseur avait mis le plan en chantier. Pourriez-vous nous dire où il en est ? Comment avez-vous travaillé sur la base de nos recommandations ?

Par ailleurs, le même accord gouvernemental nous annonçait : "Le soutien d'une politique en matière de toxicomanies sera coordonné et concerté avec tous les acteurs compétents au niveau fédéral, régional et communautaire". Cette notion de transversalité est largement présente dans nos recommandations. La concertation et la coordination sont importantes, car la santé en général, et la réduction des

risques en particulier, sont des compétences tiraillées entre les différents niveaux de pouvoir.

De ce point de vue, et sur la base de nos recommandations, que prévoyez-vous de mettre en œuvre ?

J'en viens au dernier aspect de mon intervention, qui n'est pas le moins important. On sait que la réforme de l'État inquiète le secteur et que nos recommandations abordent également ce thème. Pour notre parlement, il s'agit avant tout de marquer le souci de voir pérenniser les actions existantes.

En effet, comme l'a rappelé le rapport des travaux de la commission réalisé par Jacques Morel, la réforme de l'État constitue à la fois une opportunité très grande pour ce secteur et une menace tout aussi importante. Il s'agit bien d'une opportunité, car aujourd'hui, les sources de financement variées du secteur ne facilitent pas le soutien aux associations.

Chercher des subsides, chercher à s'insérer dans tel ou tel décret, manier et remanier les rapports d'activité en fonction du pouvoir subsidiant sont des sources de déperdition d'énergie dont se passeraient volontiers les acteurs de terrain. La réforme, si elle est conduite de manière satisfaisante, pourrait réduire le nombre d'interlocuteurs et rendre le système plus clair.

Mais la réforme représente aussi une menace. Ne nous leurrions pas, les conditions d'austérité européennes et la défédéralisation font que les moyens qui seront alloués après la réforme ne sont pas encore connus. Et la bataille pour leur affectation n'a pas encore commencé.

En juin 2012, j'avais d'ailleurs interpellé à ce sujet votre prédécesseur, afin qu'il intervienne auprès de la secrétaire d'État fédérale Maggie De Block au sujet des subventions relatives au personnel infirmier de l'asbl Dépannage d'urgence de nuit et échanges (Dune). Dune a pu voir son financement prolongé, mais pour combien de temps ? La situation actuelle du centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogues Transit confirme également cette inquiétude liée, espérons-le, à des difficultés ponctuelles.

Madame la ministre, je voudrais vous entendre au sujet de la réforme de l'État et de la nécessaire coordination avec le niveau fédéral. Pouvez-vous déjà répondre, au moins partiellement, aux préoccupations relatives à la pérennisation des moyens ?

Je terminerai par deux messages encore. L'un est adressé à notre exécutif et l'autre à mes collègues.

Madame la ministre, j'attends de vous que vous vous saisissiez de ces recommandations, que vous les fassiez vivre, non seulement dans ce fameux plan tant attendu, mais aussi dans vos démarches de coordination et de concertation avec les autres entités concernées, que ce soient la Région wallonne, la Fédération Wallonie-Bruxelles, ou le niveau fédéral.

Enfin, chers collègues parlementaires, je suis heureuse de vous répéter ici la grande satisfaction de notre groupe de voir adopter de telles recommandations, qui plus est à l'unanimité des groupes politiques de notre assemblée.

*(Applaudissements)*

**M. le président.**- La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (FDF).**- Je voudrais tout d'abord saluer la manière dont le travail en commission a été réalisé. Il s'agit d'un travail constructif et collégial, qui n'aurait pu être mené à bien sans la qualité des auditions. Celles-ci ont été

menées de 2011 à 2013 dans le cadre de la commission de la Santé.

Une société sans drogues est une illusion. La consommation de drogues, quelles qu'elles soient, est susceptible de présenter des risques pour la santé. Quand la prévention et l'intervention précoce ont échoué, il faut se tourner vers la réduction des risques. Celle-ci ne vise pas l'abstinence, mais le bien-être de l'utilisateur, qui doit être responsabilisé. L'utilisateur peut passer par l'abstinence, s'il le peut ou le veut, ou par une gestion de sa consommation.

La réduction des risques est à l'intersection de différents niveaux de compétences (fédérales, communautaires, régionales, locales) et de différentes matières (santé, social, éducation permanente, justice, affaires intérieures, etc.). Or, la réduction des risques n'est pas reconnue à part entière et financée comme telle. Ce manque de reconnaissance structurelle est un handicap.

En Région bruxelloise, bien que la Commission communautaire française soutienne de nombreux projets de réduction des risques, celle-ci n'a pas une place en tant que telle dans les décrets, les missions étant le plus souvent attachées aux soins. Cela pose problème dans l'adaptation des spécificités de la réduction des risques.

Outre le manque de reconnaissance de la réduction des risques, les acteurs de terrain déplorent le manque de concertation et de cohérence politique. Pour ces acteurs, il est donc urgent de soutenir un plan régional bruxellois de réduction des risques, en espérant qu'il puisse aboutir à une réelle coordination des actions et dispositifs.

Consommer de l'alcool régulièrement peut aussi devenir une assuétude. Les jeunes sont exposés très tôt à cette forme de drogue. L'alcool et le tabac sont légaux, mais leur vente est soumise à conditions. Pourtant, alors que la législation en vigueur est très stricte, des jeunes âgés entre quatorze et dix-huit ans parviennent à acheter les produits souhaités. La consommation d'alcool chez les jeunes et la vente d'alcool auprès de ceux-ci est une réalité qui doit préoccuper les responsables politiques.

En effet, à un moment ou un autre, les jeunes sont confrontés de près ou de loin aux drogues, qu'elles soient douces ou dures. Il faut donc qu'ils puissent accéder à un espace leur permettant de s'exprimer, de parler de ce qu'ils vivent et ressentent.

Certes, la consommation de drogues est un problème de société. Elle peut cependant aussi être liée à la précarité sociale. Le secteur de la réduction des risques doit développer davantage de liens avec le secteur social, et notamment les CPAS et les services sociaux où sont reçus les usagers de drogues.

Il existe aussi des publics fortement fragilisés, qui ont difficilement accès à ces services. Je pense aux très jeunes injecteurs, parmi lesquels des mineurs d'âges, mais aussi aux SDF et aux personnes sans titre de séjour.

Il s'agit là d'un travail de prévention en lien avec la précarité. Or, les professionnels manquent cruellement de temps. La drogue constitue un véritable problème de santé publique qui doit être traité comme tel, bien au-delà des conséquences de l'assuétude et des risques de contamination à l'hépatite C ainsi qu'au VIH.

À cet égard, nous plaidons pour une politique de santé cohérente incluant tous les produits psycho-actifs (alcool, tabac, cannabis, médicaments psycho-actifs, autres drogues). Il nous faut une politique de santé coordonnée et menée en

## B.I.Q. N° 14 (2012-2013)

concertation entre les différentes entités politiques, le niveau fédéral, les Régions et les Communautés.

Il s'agit donc de développer un dispositif d'ensemble, qui permette de mener une politique globale et intégrée, en vue à la fois d'agir efficacement sur l'offre et sur la demande de stupéfiants et de limiter les conséquences de la consommation de drogues sur le plan de la santé et de la sécurité publiques.

La politique de prévention continue de la toxicomanie et la limitation des dommages causés par celle-ci, implique une réelle responsabilisation des consommateurs, une optimisation de l'offre de soins et des traitements proposés aux toxicomanes ainsi que le développement d'un plan stratégique concerté dans la perspective d'une politique globale et intégrée en matière de drogues.

La lutte contre les drogues n'est pas la lutte contre les drogués. La prévention tant à l'égard des non-usagers que des usagers est primordiale, le message étant adapté en fonction des publics visés.

Cette politique de prévention et de réduction des risques ne peut réellement être efficace sans financements structurels. Or, le secteur de la réduction des risques souffre d'un manque de moyens structurels et d'un soutien politique insuffisant. Les acteurs de terrain rapportent que les équipes minimales du secteur "assuétudés" sont insuffisantes et les services agréés Commission communautaire française, sans financement alternatif, sont en général dans des situations très difficiles.

Qu'elles soient ou non réglementées, les actions de réduction des risques sont régulièrement confrontées aux ingérences du monde judiciaire et policier. Ces actions se déploient dès lors dans un environnement qui les fragilise et, de ce fait, rend plus difficile les actions en faveur de la population visée par ces actions.

Par ailleurs, les acteurs de terrain déplorent une faible coordination entre les différentes instances. Cette vulnérabilité est en grande partie liée à la stigmatisation de ce public, qui subit la violence institutionnelle.

L'illégalité dans laquelle se retrouvent certaines personnes qui consomment des substances illégales ne permet pas aux professionnels de la prévention ou de l'assistance en matière de réduction des risques liés à l'usage des drogues de toucher ce public. La criminalisation a pour conséquence d'augmenter la marginalisation et la stigmatisation. Il reste donc tout un travail à accomplir pour modifier les représentations que l'on a des toxicomanes.

S'y ajoutent des difficultés pour déployer davantage certaines actions comme les salles d'accompagnement à l'injection, le testing pour l'ensemble des consommateurs, et pas seulement en milieu festif, afin de pouvoir prendre les mesures adaptées à la dangerosité des drogues de synthèse analysées, comme la réduction des risques liés au dopage, les traitements de substitution, les échanges de seringues et un vrai plan de réduction des risques en prison.

Ces actions ne peuvent être menées qu'à condition que soit mis en place un plan transversal large de réduction des risques, et soutenu par l'ensemble des acteurs et des politiques, une approche intégrée et globale où les différents secteurs de compétences collaborent étroitement.

Mieux vaut prévenir que guérir, et mieux vaut guérir que punir. En termes de prévention, il convient :

- de fixer des objectifs réalistes, comme la réduction de la consommation de toutes drogues, la réduction des risques et la gestion responsable des modes de consommation ;

- de développer une politique de prévention orientée vers la famille, le milieu scolaire et toutes les structures ouvertes à la jeunesse ;
- de développer à tous les niveaux une éducation au bien-être ;
- d'accorder une attention particulière aux jeunes, afin d'éviter qu'ils n'entrent en contact avec des drogues illégales à un âge de plus en plus jeune, et leur apprendre à appréhender ces substances de façon responsable.

Concernant les usagers réguliers de drogues, j'aimerais savoir si vous soutenez les actions suivantes : produits de substitution, échange de seringues dans les comptoirs et via les bornes automatiques, "pill testing", et pas seulement dans les lieux festifs, chambres de "shooting" pour l'héroïne, salles d'injection et stands d'information.

Quelles actions menez-vous pour favoriser l'évolution des représentations sociales et du regard posé sur les usagers de drogues ? Comment améliorerez-vous la coordination entre les services spécialisés et non spécialisés, ainsi que la cohérence des différents dispositifs et instances ? Quelle est la politique de réduction des risques mise en place en milieu carcéral ?

Quelles sont vos positions sur la prohibition et la criminalisation des usagers de drogues ? Quelles sont les pistes pour la reconnaissance structurelle de la réduction des risques, qui est indispensable ? Y a-t-il des partenariats avec des usagers de drogues à tous les stades des stratégies d'intervention, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation ? Quelle évaluation faites-vous des actions menées ?

Quelle est la politique de prévention orientée vers la famille et les jeunes ? Comment cette notion de dépendance et d'assuétudés est-elle intégrée dans les animations d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (Evras) ? Quelles sont les pistes pour l'installation d'automates d'échange de seringues et le développement des dispositifs mobiles qui permettent d'aller à la rencontre des usagers les plus précarisés sur leurs lieux de vie et d'avoir une meilleure couverture en Région bruxelloise ?

Quelles sont les actions à mener auprès des publics fortement fragilisés, à savoir les jeunes injecteurs, parmi lesquels des mineurs, les sans-papiers et les sans domicile fixe ? Nous avons parlé des menaces qui planent sur le secteur à la suite des décisions concernant le transfert de compétences. Des éclaircies sont-elles en vue quant au sous-financement structurel du secteur des assuétudés ? Quelles seront les conséquences du transfert de compétences ?

Évidemment, des difficultés subsistent : l'harmonisation au niveau législatif ou la reconnaissance de la mission de réduction des risques dans le décret de la Commission communautaire française.

Beaucoup de recommandations ont également été émises. L'idéal serait qu'elles soient toutes prises en compte. Parmi celles-ci, quelles sont celles qui vous semblent le plus rapidement faciles à mettre en place ? À quoi vous engagez-vous par rapport à ce projet de société que nous voulons pour tous, avec une attention particulière aux plus fragilisés qui mériteraient qu'on les accompagne ?

*(Applaudissements)*

**M. le président.**- La parole est à Mme Braeckman.

**Mme Dominique Braeckman (Ecolo).**- La réduction des risques, malgré ses bonnes évaluations et le fait qu'elle soit recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)



et fasse partie de notre déclaration de politique gouvernementale, est aujourd'hui notre parent pauvre.

En effet, la réduction des risques n'entre pas dans les missions de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) et ne bénéficie que d'une reconnaissance légale ténue. Elle se heurte même aux aspects illégaux de la plupart des substances et à certaines ingérences du monde judiciaire et policier. Enfin, elle se situe à la croisée de plusieurs institutions, et donc de plusieurs logiques. Elle s'inscrit aussi dans une précarité de moyens qui cadre mal avec l'ampleur des enjeux sanitaires et sociaux liés aux usages problématiques des drogues. Enfin, les responsables politiques locaux sont d'une extrême réserve à son égard, tant cette démarche est peu connue et peu comprise, soit par eux, soit par le grand public.

Pour remédier à cela, les décrets de la Commission communautaire française, et en particulier le décret ambulatoire, doivent pouvoir intégrer le concept de réduction des risques à partir d'une définition partagée. Comme les aspects de la réduction des risques en matière de toxicomanie débordent du champ d'action de la Commission communautaire française, et même de celui du secteur spécialisé, nous vous demandons d'activer des conférences interministérielles pour travailler aux modifications législatives nécessaires à tous les niveaux de pouvoir, notamment par une modification de la loi fédérale de 1921. Il faut également travailler à la mise en place de complémentarités entre tous ces niveaux de pouvoir.

C'est comme s'il fallait qu'un paradigme de précarité s'affirme aussi dans le champ des toxicomanies : plus un travailleur social s'adresse à un public marginalisé, plus il semble qu'il doive être maltraité. Ce paradigme est poussé à l'extrême avec la réduction des risques, car on trouve là, en plus, le risque d'être mis en cause pour avoir facilité l'usage de drogues par autrui.

Pourquoi ce manque de moyens attribués à la réduction des risques ? Le coût de l'usage des drogues est surtout dû au contrôle exercé par l'appareil judiciaire et policier, d'ailleurs souvent inutilement onéreux. S'y ajoute celui de l'accueil et des soins.

Ensuite viennent très humblement la prévention et, enfin, la réduction des risques à propos de laquelle on peut dire que les moyens avoisinent le néant. Pourtant, chacun a reconnu ici que la réduction des risques constitue le quatrième pilier des politiques en matière de drogues, aux côtés de la répression, du traitement et de la prévention. Il faut donc rééquilibrer les masses financières afférentes, car il est difficile de parler d'une politique axée sur quatre piliers quand moins de 2% des moyens sont affectés à la prévention et à la réduction des risques.

Il est hallucinant que, malgré son efficacité prouvée en matière de lutte contre le sida, les hépatites et les décrochages sociaux, la réduction des risques fasse l'objet d'un sous-financement structurel. Pourtant, que coûte un dispositif d'échange de seringues par rapport à ce que coûte une hépatite ? Très peu : un traitement par Interféron de trois personnes contaminées par l'hépatite C correspond à ce qu'il faudrait comme matériel d'échange pour toute la Communauté française, soit 200.000 euros, alors qu'actuellement, le dispositif total bénéficie de 30.000 euros seulement.

Malheureusement, on ne parle pas que de trois personnes contaminées par l'hépatite C : 80% des contaminations se font par injection de drogues, ce qui correspond à 2.000 cas en Belgique l'année dernière. Cherchez l'erreur ! Alors qu'on parle de sommes considérables en termes de soins, il suffirait d'infiniment moins de moyens pour faire de la prévention et éviter que ces personnes ne soient atteintes.

Sur le terrain, il est urgent de revaloriser ces travailleurs de la réduction des risques. Il faut ouvrir les yeux pour constater le ras-le-bol des "travailleurs rustines" d'une société excluante devant rencontrer au quotidien la maladie, l'overdose ou la folie, armés de bouts de ficelle, avec des horaires décalés, sans perspective de pérennité. Les échos du terrain sont interpellants.

Prenons l'exemple de Transit. Les contraintes financières de cette asbl sont inacceptables. Entre les forfaits salariaux n'intégrant pas les indexations et les dépenses en frais de fonctionnement non éligibles, l'incertitude est de mise quant à la reconduction du projet, et la rotation des travailleurs est bien réelle.

J'aurais pu citer l'exemple d'autres associations comme Prisme qui travaille dans quatre prisons. On sait que son action y est d'une importance capitale. Or, Prisme travaille avec 1,5 équivalent temps plein.

Il faut que les personnes toxicomanes dont la consommation est visible ou problématique arrêtent de subir la stigmatisation et la marginalisation. Il s'agit souvent de personnes très vulnérables, qui cumulent les difficultés : absence de papiers et de logement, problèmes d'emploi et de santé. Toutes ces précarités renforcent les prises de risques et celles-ci accentuent la stigmatisation et l'exclusion. Tant qu'elles seront indésirables dans la société, dans des structures telles que les hôpitaux généraux, dans l'action sociale et dans les circuits d'insertion, on augmentera leur marginalisation.

Outre le travail en amont, il faut faire évoluer les mentalités et redonner à ces personnes leur place hors des structures spécifiques, médicales ou répressives. Les actions de sensibilisation et d'information du grand public sont donc nécessaires.

Mais, dans le même temps, sur un plan professionnel, nous devons sortir de la gangue de la spécialisation et tendre vers une démarche inclusive de la réduction des risques, associant le monde social, de la santé, du travail, de la formation, du logement et pénitentiaire. Cela passe notamment par des formations. Je n'oublierai pas d'ajouter la nécessité d'y associer les consommateurs eux-mêmes, dans le cadre d'une approche communautaire.

Pour cela, des moyens sont indispensables en termes d'encadrement, de sensibilisation et de formation, mais les structures capables de travailler à cela sont exsangues. On en revient toujours à la question des moyens. Il en faudra davantage pour le financement des dispositifs de réduction des risques, dont le matériel stérile d'injection. Les demandes ont augmenté sans que l'enveloppe budgétaire ait été modifiée. Le nombre de lieux où obtenir des kits - comptoirs, pharmacies et bornes automatiques - doit être multiplié.

Êtes-vous prête, Madame la ministre, à dégager des moyens à ces effets ? Quel travail êtes-vous prête à mener avec les pharmacies pour les sensibiliser à la diffusion de matériel à prix réduits ?

Les bornes automatiques s'adressent notamment aux personnes qui ne désirent pas fréquenter les pharmacies ou les travailleurs sociaux. Elles ont donc toute leur utilité, d'autant plus qu'elles sont disponibles 24 heures sur 24 et offrent un excellent taux de collecte des seringues usagées. En outre, le dispositif est souple, car les automates peuvent être déplacés en fonction des déplacements des usagers de drogues.

En Région bruxelloise, on a beaucoup parlé d'un dispositif, alors qu'il en faudrait une dizaine. Cela permettrait d'éviter la concentration des projecteurs médiatiques. D'aucuns diront que cela coûte cher. Or, le coût s'élève à 2.500 euros l'unité.

On en mettrait 30 que ça ne suffirait qu'à couvrir le traitement d'une personne par Interféron.

Pourtant, il règne une frilosité qui provient, selon moi, en grande partie des communes, qui hésitent à délivrer un permis d'urbanisme. Je plaide donc, Madame la ministre, pour que vous travailliez avec les communes, que vous les sensibilisiez et que vous coopériez avec elles dans ce sens. Par ailleurs, si on laisse la population avec des produits frelatés sans contrôle, sous couvert que les produits sont interdits, cela ne participe pas d'une stratégie pertinente en termes de santé publique. Pourquoi le testing reste-t-il confiné à l'état embryonnaire malgré ses évaluations positives ?

Il faut également des lieux d'accès à bas seuil pour les usagers. Certains d'entre eux ne résistent pas en hôpital psychiatrique ou en centre de cure. Avec l'accueil à bas seuil, ils apprennent à diminuer ou à mieux gérer leur consommation et à mettre en place un projet de réinsertion. Il est nécessaire d'augmenter la capacité de ce type de lieux.

Il faut aussi augmenter les traitements de substitution accessibles, que ce soit la méthadone ou l'héroïne, et mener des actions spécifiques dans certains lieux tels que les prisons. Quant aux salles de consommation, elles doivent faire partie de l'arsenal de la réduction des risques. À côté de l'échange de seringues, cette approche est vraiment nécessaire pour avoir un contact avec les jeunes injecteurs, qui sont largement contaminés dans les lieux festifs.

Tout cela figure dans nos recommandations que, j'espère, vous prendrez en considération pour donner à la réduction des risques un droit de cité justifié. Je terminerai en vous interrogeant sur la cohérence interne des politiques de la Commission communautaire française et sur la cohérence avec les autres institutions. On parle depuis un certain temps maintenant d'un plan de réduction des risques en matière de toxicomanie. Quand verra-t-il le jour ? Pourquoi est-il retardé ?

Il apparaît que vous subventionnez un plan de réduction des risques liés à l'alcool chez les étudiants. Pourquoi cette multiplication des plans ? Quels liens établissez-vous entre ceux-ci ?

Ne pensez-vous pas qu'il soit aussi nécessaire d'inscrire la réduction des risques dans un ensemble plus vaste que le secteur spécialisé et donc de travailler à cet aspect-là, dans une approche intersectorielle et interinstitutionnelle ?

Quels liens établissez-vous, notamment avec un plan Drogues dans lequel la réduction des risques prendrait sa juste place, ainsi qu'avec la cellule francophone Santé-Assuétudes ?

D'autre part, en raison de l'existence, à Bruxelles, de compétences bicommunautaires en plus de celles de la Commission communautaire française, pouvez-vous me dire si la Coordination toxicomanie Bruxelles avait planché sur la réduction des risques et si une cohérence régionale est réfléchie ? Dans l'affirmative, sous quelle forme ?

Enfin, tout cela s'inscrit dans le cadre de la sixième réforme de l'État. Quelles répercussions sont attendues sur le secteur ?

Il nous faut, Madame la ministre, réfléchir à ces questions en collaboration avec le secteur, de sorte que cette sixième réforme de l'État constitue une opportunité et non une fatalité et afin de doter la réduction des risques de moyens à la hauteur de sa légitimité.

*(Applaudissements)*

**M. le président.**- La parole est à M. Migisha.

**M. Pierre Migisha (cdH).**- Notre assemblée a choisi de proposer des recommandations plutôt qu'une résolution. Le groupe cdH salue cette orientation. Sur le plan de la méthode, elle nous met à l'abri de toute exposition politique. Ce sujet sensible mérite une position commune de la majorité et de l'opposition.

La présentation de ce rapport permet de rendre hommage aux acteurs de terrain, pour leur travail et leur disponibilité. Grâce aux auditions, ils sont parvenus, par leur implication personnelle et professionnelle, à accroître davantage la curiosité et l'intérêt pour la thématique de l'addictologie. Je saisis l'occasion pour, une fois de plus, remercier les personnes auditionnées et leurs associations. Je remercie aussi le rapporteur, et bien évidemment les services du Parlement francophone bruxellois.

Je souhaiterais commencer mon intervention en citant Anne Coppel, sociologue, mais aussi une figure centrale et pionnière de la réduction des risques en France. Femme de terrain et chercheuse, elle est arrivée à cette conclusion : "L'indifférence, le rejet, la répression engendrent l'irresponsabilité, mais si le droit des personnes est respecté, on peut alors légitimement faire appel au sens des responsabilités". Notre responsabilité à nous, en tant que représentants dans ce parlement est, conformément à ce qui est inscrit dans les recommandations, d'œuvrer à la reconnaissance culturelle et structurelle de la réduction des risques.

Fondamentalement, la problématique reste inchangée depuis l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du sida dans les années 80. L'épidémie avait impulsé un changement de paradigme et l'urgence sanitaire imposait l'adoption d'une posture plus pragmatique. Pour limiter les risques auxquels s'exposaient les usagers de drogues, il était urgent de prendre différentes mesures innovantes, quitte à accepter de reléguer au second plan l'objectif de sevrage.

Aujourd'hui, il reste encore illusoire d'espérer que les toxicomanes renoncent spontanément à consommer des drogues. Nul parti politique, si ce n'est sans doute à l'extrême droite, ne remet en cause le principe selon lequel, puisqu'on ne peut pas contraindre, il paraît important que les usagers des drogues puissent protéger leur santé et contribuer à diminuer la menace de la contamination.

J'appartiens moi-même à une famille politique qui, en son temps, avait quelques réticences sur le sujet. La notion de réduction des risques est cependant un élément incontournable d'une politique de santé publique pragmatique.

Avouons-le, en dehors du milieu proche des pratiques addictives, la démarche n'est pourtant pas toujours bien comprise. Mme Van Huyck, de Modus Vivendi, l'a aussi relevé. La démarche de réduction des risques n'est pas encore suffisamment connue, comprise et reconnue comme stratégie pertinente de santé publique.

S'exprimant à titre personnel, le professeur Isidore Pelc, qui possède une longue expérience en tant que chef de service de psychiatrie et de psychologie médicale à l'hôpital Brugmann, a attiré notre attention sur le fait que la distinction entre drogue dure et drogue douce était devenue obsolète. La dangerosité dépend en effet davantage de la manière dont l'utilisateur consomme cette drogue. "C'est l'usage qui peut être dur ou doux", a-t-il souligné.

Dans ces propos, il n'y a aucun jugement : dire qu'un usage peut être dur ou doux, c'est davantage s'intéresser au problème qu'à toute considération d'ordre moral ou légal que pose la consommation de drogues. Ainsi, de nos jours, la démarche de la réduction des risques exige de nouvelles relations entre l'utilisateur et son environnement familial, social ou professionnel.

L'usage des drogues est une question pour le moins complexe. Il paraît donc évident que, si l'on veut donner la chance à un usager de changer, il faut dès le départ l'accepter dans sa singularité et sa consommation. Ce n'est qu'ensuite que l'on peut imaginer le service ou la gamme de services qui correspond aux capacités ou possibilités de chacun d'évoluer.

Changer signifie prendre en compte la trajectoire de l'usager de drogues et ses conditions d'existence, afin de répondre à ses besoins. Ce n'est que de cette manière qu'il retrouvera sa place au sein de la collectivité et qu'il arrivera à rétablir le lien. Cela doit se faire en amont ou en aval et il revient aux spécialistes d'en juger par le biais de différentes stratégies, afin de rétablir ou de garantir la santé, et surtout l'accès à certains droits. Comme cela fut à maintes reprises répété au cours de ces auditions, il arrive que certains usagers perdent des droits, comme le droit de visite familiale, le droit de garde d'enfants, etc. C'est un élément dont il faut tenir compte.

Il faut se rendre à l'évidence et accepter que la consommation de drogues est d'une certaine manière implacable. Le tabac et l'alcool, produits pourtant légaux, sont par ailleurs intégrés dans la lutte contre les toxicomanies. Accepter n'est cependant pas promouvoir, c'est donner des moyens afin de minimiser les conséquences de la consommation. La démarche d'acceptation est complémentaire de la prévention de l'addiction, qui s'adresse également aux non-usagers et aux non-consommateurs.

Je viens de citer l'alcool, qui est souvent associé aux médicaments, ainsi qu'à certaines pratiques et à certains modes d'administration des drogues. Il doit être également associé explicitement aux stratégies de réduction.

Au-delà du manque de pertinence de la distinction entre drogues douces et drogues dures, on peut également s'interroger sur la distinction entre drogues légales et drogues illégales.

Il est contre-productif d'établir une différence de statuts. La hiérarchisation de la nocivité des produits ne dépend pas de la loi. Celle-ci reconnaît les produits qui sont considérés comme des stupéfiants et interdit la production, la détention et la vente de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy, etc.

Certains produits, comme le cannabis, font l'objet d'une relative tolérance. Finalement, cette distinction crée surtout une ambiguïté qui porte non sur les produits, mais bien sur les usagers. Elle catégorise le consommateur comme délinquant en raison de son usage, comme hors-la-loi quand il consomme des produits prohibés ou comme malade devant entrer dans un dispositif de prise en charge. S'il est délinquant, il apparaît comme un coupable ; s'il a une pratique illégale, il est stigmatisé ; et s'il est considéré comme malade, il devient victime. Les enjeux actuels nous invitent à déconstruire cette approche trop compartimentée. Dans ce genre de pratiques, les oppositions s'avèrent stériles.

Par ailleurs, la notion de "haut seuil", c'est-à-dire cette exigence qui consiste à imposer le renoncement à la consommation de drogues illicites avant toute aide, n'est plus concevable aujourd'hui.

Comme nous l'avons entendu, les associations travaillent dans la perspective d'apporter une aide à tout usager qui en formule la demande, de manière adaptée à ses capacités ou à ses souhaits du moment. Le but est avant tout d'offrir un lieu d'accueil, de ressourcement, de resocialisation, d'orienter socialement et médicalement la personne et, in fine, de prévenir les dommages associés à sa situation d'usager de drogues fragilisé.

Les dispositifs de "bas seuil" ne sont pas sélectifs puisqu'ils permettent une prise en charge inconditionnelle. Il n'est donc

pas demandé aux usagers de cesser toute consommation et leur venue sous l'emprise de produits est tolérée.

La tolérance, à ce niveau, consiste aussi à donner la possibilité aux usagers de drogues confirmés d'en consommer dans de bonnes conditions d'hygiène, c'est bien entendu essentiel, et en présence de personnel qualifié. Les salles de "shoot" ont démontré leur utilité : elles aident à réduire le nombre de décès par overdose ou encore les taux d'infection aux virus du sida ou de l'hépatite C. Cependant, on peut aussi se demander si elles n'entretiennent pas la dépendance aux drogues au lieu d'aider à s'en défaire.

La même réflexion vaut pour les traitements substitutifs aux pharmacodépendances majeures. La frontière entre drogues et médicaments est parfois floue. Des médicaments peuvent devenir des drogues et vice-versa. Les psychotropes ont deux faces : remède et poison.

Quoi qu'il en soit, je ne suis pas certain que nous soyons prêts à imiter la Suède qui veut parvenir à mettre en place une société sans drogues. En Suède, un consensus politique sur la question existe et il est possible d'obliger les toxicomanes à suivre un traitement visant l'abstinence complète.

Derrière cette politique se profile néanmoins la notion de prohibition. Et celle-ci a fait du trafic de drogues le commerce le plus rentable de la planète. La prohibition constitue certainement la raison majeure de l'expansion du phénomène et nous devons donc faire preuve d'une extrême vigilance par rapport à cette approche.

Aux niveaux sanitaire et social, la prohibition et la répression ont pour résultat de confiner les usagers de drogues à une sorte de marginalité. En conséquence, ils sont exclus des services médicaux et sociaux. Une telle situation ne peut que susciter des comportements à risque et, partant, la diffusion de maladies infectieuses parmi les toxicomanes.

Les toxicomanes ne vivent pas en vase clos. Il est tout à fait possible - l'épidémie du sida l'a montré - qu'à partir des toxicomanes, certaines contaminations touchent les non-toxicomanes.

L'illégalité est également responsable de la mauvaise qualité des substances qui ne font l'objet d'aucun contrôle, avec les conséquences que l'on connaît, notamment en termes de surdose. Soyons donc excessivement prudents avec les politiques intransigeantes et prohibitionnistes !

Nous vivons dans une société fortement propice au développement des assuétudes. Les drogues récréatives, à commencer par le cannabis, sont banalisées. Le lien entre l'usage récréatif de substances psycho-actives, la musique et la vie nocturne est un fait établi. Il faut rappeler que les consommateurs ne se trouvent pas majoritairement parmi les personnes marginalisées ou socialement défavorisées, mais plutôt parmi des jeunes de milieux aisés, poursuivant des études ou étant très bien insérés dans la vie professionnelle.

La sécurité dans les lieux récréatifs relève du législateur et des responsables de l'organisation de ces lieux. Au niveau de la Commission communautaire française, le label Quality Night existe depuis sept ans. Il s'étend progressivement et je saisis l'occasion pour féliciter les concepteurs et facilitateurs de ce projet. Il serait peut-être judicieux d'étendre ce concept à un maximum de villes de notre pays, en Wallonie et en Flandre. Les jeunes Bruxellois ne sortent en effet pas uniquement dans les lieux festifs de notre capitale, mais aussi dans les Régions voisines.

Ma considération suivante a trait à l'implication des pharmaciens. Le pharmacien est un acteur de première ligne du système global de santé. Il entre nécessairement en

contact avec des usagers de drogues. Est-il au cœur du dispositif de réduction des risques ? Est-il perçu comme étant un acteur incontournable à Bruxelles ? Sa place devrait être légitimée par une définition juridique de ses missions dans ce domaine. Lors des auditions, on a parlé des pharmaciens en termes de bénévolat et de volontariat. On a parlé de pionniers. Les pharmaciens militant dans ce cadre sont minoritaires. Cela voudrait-il dire que certains de leurs confrères n'osent pas franchir le cap, de peur que cela leur soit reproché par les instances qui régissent la profession ?

Il faudrait réfléchir à la création d'un service minimum dans les pharmacies, ou créer des pharmacies de référence.

Dans nos réponses au problème de l'usage de drogues, nous devons en outre favoriser l'échange de bonnes pratiques entre les acteurs européens. Cependant, avant de regarder ce qui se fait à l'étranger, nous devons renforcer notre qualité et notre niveau de formation en matière d'addictologie. Cela peut avoir un impact sur le volontariat, par une approche pédagogique sur la gestion de situations et sur des parcours humains parfois délicats.

Vouloir agir sur la réduction des risques peut être un leurre si l'on ne se donne pas les moyens de le faire efficacement. Il importe donc de travailler de concert sur d'autres leviers favorisant l'amélioration de la qualité de la vie. Pour mon groupe, la réduction des risques doit s'accompagner d'un travail important sur l'insertion par l'emploi, ainsi que sur la formation et le logement.

Cela demande des ressources financières et humaines. Il faut une reconnaissance du secteur et un soutien durable des autorités compétentes. Notre responsabilité est aussi de relever le degré de vigilance et de soutien. Les acteurs du champ des soins comme de l'insertion doivent pouvoir trouver une issue et sortir du cloisonnement institutionnel, en termes de compétences et de financement.

*(Applaudissements sur les bancs de la majorité)*

**M. le président.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- Je souhaiterais aborder la question de la réduction des risques et des assuétudes sous un angle complémentaire, en me fondant également sur les travaux que nous avons menés en Fédération Wallonie-Bruxelles. J'évoquerai la place et le vécu des parents, d'une part, et la mise en place de la Cellule politique francophone santé-assuétudes, d'autre part.

Nous le savons, les professionnels nous l'ont rappelé, de plus en plus de jeunes sont polytoxicomanes. Selon l'Union francophone des fédérations d'associations de parents de l'enseignement catholique (Ufapec), la consommation, même de produits connus, a fortement évolué chez les jeunes et il n'est pas toujours aisé, pour les parents, de les comprendre. En outre, l'adolescence se vit dans un rapport particulier à l'interdit, souvent par nécessité de se distinguer des normes et par confrontation au risque. Or, les produits psychotropes contiennent des produits interdits. De nouveaux phénomènes apparaissent, tels que le "binge drinking", qui comportent des risques mal maîtrisés par le jeune et dont les parents n'ont pas toujours connaissance.

Les problèmes dont les jeunes et leur entourage font part sont différents et plus complexes que par le passé. La consommation de substances chez les jeunes est avant tout le reflet d'un mal-être profond, comme le manque d'estime de soi ou la sensation de grande solitude. Ils évoluent dans un monde plus individualiste où la performance est essentielle. Les produits qu'ils consomment répondent véritablement à un mal-être fondamental, selon Pascale Anceaux d'Infor-Drogues. Pour beaucoup d'acteurs de terrain, les jeunes concernés sont

en position de rupture. La première rupture commence, bien souvent, dans le cadre de l'école et l'échec scolaire peut être le point de départ de leur souffrance.

Les proches confrontés aux problèmes d'assuétude d'un enfant dépendant sont très démunis. Vivre le parcours chaotique de son enfant, avec ce que cela comporte de souffrance, de sentiment de solitude et d'incompréhension, peut induire la marginalisation de toute une famille. La situation est encore plus complexe dans le cas de familles monoparentales.

Longtemps considérée comme pathogène, la famille du jeune dépendant a été tenue à l'écart des dispositifs de prise en charge et de soins. L'accueil, la prise en charge, voire la prise en compte des familles de toxicomanes pose encore question au sein du dispositif spécialisé en toxicomanie. Par ailleurs, le sentiment de culpabilité est intense chez ces parents, car l'assuétude est encore souvent un problème tabou, associé à la délinquance. Il n'est donc pas aisé de se livrer à une personne extérieure pour se faire aider. Par ailleurs, de nombreuses familles ne connaissent toujours pas l'ensemble des services qui sont à leur disposition face au problème d'assuétude de leur enfant.

À partir de l'âge de la majorité, les parents n'ont plus guère de prise sur la situation de leur enfant. Ils n'ont même plus la possibilité de consulter son dossier. Entre 18 et 25 ans, il existe un vide juridique. On crée de l'assistantat en envoyant un jeune de 18 ans seul au CPAS. Les parents ne sont plus entendus. Dans d'autres cas, les familles "portent" la toxicomanie de leur enfant et la soutiennent parfois activement.

L'une des questions majeures, pour les parents, est d'identifier le service auquel s'adresser. Le médecin généraliste est souvent le premier, voire le seul intervenant psycho-médico-social en contact avec les familles.

Les professionnels du secteur de la santé mentale constatent une demande d'aide à la hausse ces dernières années, de la part des jeunes, mais aussi de leur entourage. Ainsi, 50% des personnes qui font appel aux structures d'aide pour toxicomanes sont en fait des parents. L'ampleur de ce phénomène fait dire à la responsable d'Infor-Drogues que les parents d'adolescents doivent être mieux soutenus par des informations claires et accessibles et des structures qui les accompagnent avec leur enfant en souffrance.

L'aide aux parents ne se limite pas à la volonté de gérer uniquement le comportement de dépendance de leur enfant. Les professionnels remarquent souvent que les parents ont tendance à ne vouloir considérer que l'assuétude et ont des difficultés à avoir une vision globale de la problématique. Or, force est de constater que les parents sont tout autant en difficulté que les jeunes et ont donc besoin aussi d'être soutenus et accompagnés.

Or, si l'offre est suffisante sur le plan quantitatif, un manque évident de visibilité, d'accessibilité et de coordination existe entre les différentes structures qui offrent des services d'accompagnement. Les services disponibles ne sont pas tous habilités de la même manière à accompagner les proches. Par exemple, les centres psycho-médico-sociaux (PMS) sont souvent débordés et peu formés à la problématique des assuétudes, surtout en ce qui concerne l'accompagnement des familles. Il est ainsi très difficile pour ceux-ci d'orienter les parents. Dans les centres locaux de promotion de la santé (CLPS), des initiatives existent localement pour les proches, mais pas à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Par ailleurs, des infrastructures - dont de nombreuses asbl - sont compétentes, mais n'ont pas la possibilité de répondre aux abondantes demandes. Enfin, des associations de familles

se sont développées ces dernières années, mais ont peu de moyens pour agir et offrent une aide qui reste de l'ordre du non professionnel.

La plupart des initiatives mises en place pour les proches de jeunes souffrant d'assuétudes sont en général organisées au niveau local. Elles ne sont pas encore souvent centralisées à grande échelle et sont, dès lors, peu connues du grand public.

Il est également remarqué que les lieux de rencontre et de dialogue avec les parents restent souvent limités à l'école. Et encore, car les réunions de parents ne sont pas les espaces les plus fréquentés par les familles concernées par les assuétudes. En revanche, nous dit une association, si les parents sont invités à débattre largement des difficultés à l'école, il est alors plus aisé de parler de problèmes de drogue ou d'alcool.

Il n'est donc pas d'emblée nécessaire de mettre en place de nouvelles infrastructures, d'autant plus que cela nécessite des budgets importants, sans pour autant répondre aux problèmes fondamentaux de visibilité, de coordination et d'accessibilité. Ceux-ci sont pointés unanimement par les acteurs de terrain et les parents concernés.

Cela m'amène à évoquer le rôle que pourrait jouer à cet égard la future cellule politique francophone santé-drogues. Nous savons que les trois ministres compétents relevant de la Commission communautaire française, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Région wallonne ont décidé, via un protocole d'accord, de la création de cette cellule. L'offre d'emploi de son coordinateur vient d'ailleurs d'être ouverte. Cette cellule sera composée des représentants des trois ministres de la santé, ainsi que de leur administration.

La ministre Fadila Laanan a précisé, en réponse à une question adressée récemment, que "des représentants du secteur de la lutte contre les assuétudes siègeront en permanence pour assurer l'implication des acteurs de terrain. Cette cellule devra proposer un plan concerté pour la prévention, la réduction des risques et le traitement, en collaboration avec les acteurs de terrain. Elle devra également proposer des journées d'étude pour accroître la visibilité de l'offre de services. Elle soutiendra la concertation entre les opérateurs de terrain dans une dynamique de travail en réseau".

Je formule le souhait, au nom de mon groupe et après une très large concertation avec de nombreux représentants du secteur, que cette cellule mette sur pied une plate-forme internet reprenant toutes les actions locales et toutes les offres de services en matière d'assuétude.

Au-delà de la centralisation de l'information, elle offrirait aux parents un guide complet, toutes assuétudes confondues, et ce, à moindre coût. Cette plate-forme pourrait recenser les différentes structures d'aide qui existent pour les parents dans chaque lieu géographique, référencer des professionnels de santé formés aux problèmes d'assuétude et proposer tant des partages d'expertise par les professionnels que des échanges d'expériences avec d'autres parents. Le site aurait enfin l'atout de ne pas provoquer de sentiment de gêne et de culpabilité de la part des parents en quête d'aide. La plate-forme pourrait servir de point de départ de l'aide aux parents et n'exclurait nullement l'aide humaine qui pourrait être apportée par la suite.

Enfin, une autre difficulté importante pour les parents réside dans la gestion des moments de crise, où une aide doit leur être apportée dans les plus brefs délais. Dans cette situation, une permanence téléphonique d'urgence pourrait être mentionnée sur le site internet, permettant aux parents de bénéficier d'une écoute à tout moment.

La promotion de ce site pourrait se faire via les différentes structures des composantes des trois entités concernées que sont la Région wallonne, la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Cocom : les centres locaux de promotion de la santé, les centres psycho-médico-sociaux, les écoles, les maisons médicales, les cabinets de généralistes, etc.

C'est le souhait formulé par le cdH pour que les services déjà existants répondent encore mieux aux demandes des familles. Cela fait aussi partie d'une politique générale de réduction des risques.

*(Applaudissements)*

**M. le président.**- La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, ministre.**- C'est avec attention que j'ai suivi le déroulement des travaux de la commission de la Santé qui avait une thématique extrêmement ciblée : celle de la réduction des risques liés à l'usage des drogues. Je vais répondre à vos questions, définir le cadre et vous présenter les actions menées par la Commission communautaire française en la matière. Vous constaterez que, malgré le manque de visibilité donnée à ces actions, elles ont été nombreuses. Comment les faire connaître un maximum aujourd'hui ?

C'est en 1995 que la Commission communautaire française a légiféré sur les services actifs en matière de toxicomanie en édictant un premier décret porté à l'époque par un ministre de la même formation politique que moi. Il s'agit du décret du 27 avril 1995 relatif à l'agrément et à la subvention des services actifs en matière de toxicomanie.

L'une des particularités de ce décret consistait dans ce que les missions de services d'aide aux toxicomanes étaient spécifiquement décrites. Parmi les trois missions générales demandées à ces services, il était notamment question d'une mission de prévention libellée dans l'article 9 de la manière suivante : "Le service organise des activités de prévention ou collabore à l'organisation d'activités ayant pour objet la prévention, notamment la prévention des dommages encourus par les usagers des drogues."

Dès 1995, et alors que le sujet n'avait pas non plus particulièrement bonne presse à l'époque, la "prévention des dommages" était citée comme faisant partie intégrante de la mission de prévention exercée par ces services agréés de la Commission communautaire française.

En 2009, s'en est suivi un décret concernant les services ambulatoires et reprenant exactement les missions édictées précédemment. Dès lors, aujourd'hui encore, les services ont la possibilité d'exercer une mission de réduction de risques à partir de la reconnaissance dans leur agrément de la mission de prévention. C'est le cas d'un certain nombre d'associations, dont Modus Vivendi et Dune.

En 1995 donc, la mission de prévention est définie. Elle comprend la prévention des dommages. Par ailleurs, comme signalé dans votre rapport, si ces actions se développent à la fin des années 80, c'est en lien avec l'épidémie du sida. Le développement majeur va s'opérer au milieu des années 90.

Les fondements de la politique belge en matière de drogues ont été posés à cette époque, par le groupe de travail parlementaire "Drogues" qui, en 1996-1997, a analysé les besoins du terrain dans les différents secteurs. Pour la première fois ont été tracées les grandes lignes d'une politique globale et intégrée en matière de drogues.

Cette politique intégrée selon laquelle tous les acteurs compétents œuvrent de manière coordonnée avec des objectifs à réaliser, a requis et requiert toujours une harmonisation politique plus importante.

## B.I.Q. N° 14 (2012-2013)

Avec la réalité du contexte institutionnel belge, les compétences concernant les différentes composantes de la politique en matière de drogues sont réparties entre différents ministres au niveau fédéral, communautaire et régional.

L'harmonisation, horizontale ou verticale, est essentielle pour une approche globale du phénomène de la drogue. En ce sens, la note fédérale drogue de 2001 a répondu aux recommandations formulées par le parlement, en reprenant en grande partie les constats et recommandations du groupe de travail parlementaire.

Après cette note, l'une des mesures les plus importantes fut, en septembre 2002, la signature de l'accord de coopération entre le niveau fédéral, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et les Régions, pour mettre en place cette politique globale et intégrée en matière de drogues. L'accord nécessitait un assentiment de tous les organes législatifs. Cette phase s'est prolongée jusqu'en 2008.

Début 2009, la ministre fédérale de la Santé a lancé la mise en œuvre de l'accord par la Cellule générale de politique en matière de drogues et la Conférence interministérielle drogues. L'une des premières missions de cette cellule a été d'élaborer une déclaration conjointe, approuvée par la Conférence interministérielle drogues en janvier 2010.

Cette déclaration conjointe comporte trois parties : la première concerne les antécédents en matière de politiques menées en Belgique. La seconde, l'aperçu des actions et des principes de politique des ministres concernés depuis l'approbation de la note en question. La troisième, enfin, rassemble les options politiques des ministres compétents dans les différents domaines de la politique des drogues.

Cette déclaration est essentielle par rapport au sujet qui nous occupe aujourd'hui, puisqu'elle affirme que la consommation de drogues constitue un problème de santé publique. La déclaration conjointe précise qu'une politique globale et intégrée nécessite différents volets : la prévention, la détection et l'intervention précoces, l'offre d'aide, y compris la réduction des risques, et la répression.

Le projet politique belge s'inscrit également dans le cadre européen, qui a lui aussi évolué durant toute cette période. Le 18 juin 2003, le Conseil européen a adopté une recommandation relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie. L'objectif était de réduire le nombre de décès liés à la drogue et les problèmes de santé résultant de la consommation de drogue, en encourageant les États membres à élaborer et à mettre en place des mesures et des stratégies pour prévenir et réduire les dommages causés par la drogue.

Concernant les interventions et les actions menées, nous avons poursuivi, à la Commission communautaire française, le soutien aux projets de réduction des risques existants, via l'asbl Modus Vivendi, et plus particulièrement son projet Modus fiesta, ainsi que via l'asbl Dune. Celle-ci, après avoir été agréée provisoirement, n'a pu directement entrer dans l'agrément définitif. Mon prédécesseur a remédié à cette situation lors de la législature passée et l'asbl Dune est maintenant agréée en tant que telle.

Nous avons également soutenu un certain nombre de projets, ce que plusieurs d'entre vous ont mentionné. Par exemple, le projet Quality Night, qui vise à réduire les risques liés au milieu festif, dont les problèmes liés aux assuétudes. Il a été réalisé en collaboration avec des organisateurs de soirées, des patrons de boîtes de nuit et leur personnel, sur l'environnement global de la fête. Ce projet, qui est désormais mis en œuvre dans les trois Régions du pays, jouit également

d'une reconnaissance internationale grâce à la pertinence de ses approches.

L'année dernière, nous avons octroyé un subside à la Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes (Fedito) qui, en concertation avec Modus Vivendi, élabore un projet de plan d'actions bruxellois de réduction des risques. Nous avons également lancé un projet pilote à destination des milieux étudiants en finançant l'asbl Modus Vivendi. Ce projet débutera en août 2013.

J'en viens aux projets menés en concertation avec la Communauté française et la Région wallonne. Différentes tables rondes ont été organisées. Elles se sont closes à Bruxelles en juin 2011 par une conférence de consensus, fruit d'un travail de concertation qui a concrètement abouti à quatre réalisations :

- un cadre politique francophone commun, évoqué par M. André du Bus de Warnaffe ;
- l'élaboration de définitions communes des concepts utilisés dans le cadre de la politique de santé liée aux drogues, pilotée par les Fedito wallonne et bruxelloise. Le résultat de ce travail a fait d'ailleurs l'objet d'une publication à part entière ;
- la réalisation d'un état des lieux de l'offre de formations organisées par le secteur spécialisé et pilotées par les Fedito wallonne et bruxelloise. Ce document est consultable sur le site [www.lida-web.be](http://www.lida-web.be) ;
- la création d'une cellule francophone santé assuétudes.

Enfin, en lien avec toutes les entités fédérées, dans le cadre de la Conférence interministérielle drogues, au sein de la cellule générale drogue, les représentants des ministres francophones ont demandé que la réduction des risques soit inscrite comme point d'attention prioritaire. Un texte a dès lors été demandé. Celui-ci est en cours de discussion dans le cadre de la cellule Santé Drogues, puisqu'il fallait d'abord se mettre d'accord sur une définition de la réduction des risques, pour ensuite lister les actions à entreprendre et les difficultés à résoudre.

Le dossier a été porté par ma représentante dans ces groupes de travail, en concertation régulière avec les représentants des autres ministres de la Santé francophones et la Fedito. Le texte doit encore être précisé par rapport à la consommation d'alcool et pourra ensuite être entériné par la cellule Santé Drogues, qui le déposera en cellule générale drogue. Il était essentiel de rechercher d'abord un consensus entre ministres de la Santé avant d'interpeller les autres ministres concernés, ceci pour maintenir une position commune quant au principe selon lequel la consommation de drogue est avant toute chose un problème de santé publique.

Les recommandations que vous soumettez dans le rapport sont de grande qualité.

Vous demandez que la Commission communautaire française favorise la reconnaissance, auprès de la population, de la culture et des pratiques de la réduction de risques, en mettant en place des actions d'information, de sensibilisation et de formation.

Il est vrai que plusieurs personnes auditionnées ont indiqué que les pratiques de réduction de risques faisaient peur, surtout par méconnaissance, et que cette appréhension complique l'action dans ce domaine. Pour un ministre, en effet, il n'est pas simple de soutenir le "pill testing", que le grand public pourrait interpréter comme une logique de laisser-faire.

Je suis favorable à toute action d'information, de sensibilisation et de formation quand elle est proposée et bien encadrée par le secteur. La Commission communautaire française a été pionnière dans ce domaine, elle continuera à agir, malgré les difficultés budgétaires. Idéalement, pour être plus efficace, proportionnellement moins cher et surtout, plus lisible par les interlocuteurs, une campagne doit être menée conjointement par tous les niveaux de pouvoir.

Vous proposez d'œuvrer en concertation avec les autres niveaux de pouvoir à la reconnaissance institutionnelle et structurelle de la réduction de risques comme quatrième pilier des politiques de lutte contre les assuétudes, voire comme troisième pilier d'une politique globale de santé publique, à côté de la prévention et des soins.

Mes collègues francophones et moi-même œuvrons dans ce sens. Vous disposez du schéma d'une approche intégrée qui vous avait été présentée lors de la conférence de consensus. Le modèle réaffirme la priorité accordée à la promotion de la santé et à la prévention. On observe aussi que les pratiques des acteurs de la réduction de risques et du traitement se situent dans la logique de la promotion de la santé et de la prévention. L'interaction entre la personne, le produit et le milieu de vie devient le cadre de référence de l'intervention en matière d'assuétudes.

Une certaine perméabilité est tangible entre les champs d'intervention. Elle est observée par le public cible, par les professionnels et les autorités publiques. Le passage d'un champ à l'autre, en fonction des besoins ou attentes de l'utilisateur, est très perceptible. Seul l'utilisateur induit et détermine son parcours, selon sa singularité. Il pourrait passer d'un champ de la prévention (le premier stade) au champ du traitement, sans passer par la réduction de risques.

Je ne me prononcerai pas sur la nécessité éventuelle de créer un pilier complémentaire. Par contre, je soutiens fermement la nécessité de mutualiser les forces et d'organiser la concertation entre les niveaux de pouvoir et entre les secteurs.

La réduction des risques doit rester dans le champ de la santé, en lien étroit avec la promotion de la santé, la prévention et les soins.

Les points 3 et 4 de vos recommandations appellent, d'une part, à œuvrer en concertation avec les autres niveaux de pouvoir à la clarification du rôle des acteurs de la réduction, pour qu'ils n'encouragent pas la sanction pénale et, d'autre part, à œuvrer en concertation avec les autres niveaux de pouvoir sur la réaffirmation du soutien du secteur de la réduction des risques, pour pérenniser les financements actuels durant la mise œuvre de l'accord institutionnel du mois d'octobre 2011, ainsi que de manière globale.

Les ministres de la Santé travaillent à la rédaction d'un document allant dans ce sens, sur proposition des ministres francophones. Ce document devra ensuite être porté par la cellule Santé Drogues vers la cellule générale drogues, qui regroupe 22 ministres concernés par le sujet, dont les ministres de la Justice et de l'Intérieur, avec qui il est essentiel d'avoir ce débat.

Si une partie du financement des projets de réduction des risques provient des budgets de la Santé, une part substantielle de ces projets est financée via les plans de sécurité et via le Fonds assuétudes. Or, ce dernier va être communautarisé dans le cadre de la réforme de l'État. Il faudra dès lors être très vigilant quant aux budgets qui seront attribués à chaque Communauté en la matière.

La sécurité des travailleurs du secteur est gérée à la fois par la ministre de la Santé publique et la ministre de la Justice au

niveau fédéral, et pourrait également être traitée dans le cadre de la Conférence interministérielle drogues.

Enfin, le lien avec les prisons est également un volet qui concerne essentiellement le niveau fédéral, même s'il est également examiné dans le cadre du comité de pilotage intrafrancophone qui a été créé pour organiser la mise en œuvre de la loi de principe qui édicte que toute personne incarcérée jouit des mêmes droits que les autres en matière de santé et de formation. Ce comité de pilotage a organisé plusieurs groupes de travail avec les acteurs du secteur œuvrant en prison, que ce soit les services d'aide aux justiciables ou les services de promotion de la santé. L'asbl Modus Vivendi participe également à ce débat.

La difficulté du travail en prison est double. D'abord, il est difficile d'entrer dans les prisons : cela prend du temps, de l'énergie et les locaux ne sont pas toujours adaptés pour accomplir un travail de promotion de la santé. Aujourd'hui les soins de santé des personnes incarcérées sont financés par le budget du ministère de la Justice, et non par le biais de la sécurité sociale. Ce budget est constitué d'une enveloppe fermée, ce qui limite les interventions.

Il est important de souligner que les Communautés et les Régions n'ont pas les moyens financiers d'offrir la même couverture de santé que celle qui existe à l'extérieur des prisons.

À titre d'exemple, vous avez à peu près 10.000 prisonniers francophones dont un tiers souffre de pathologie psychiatrique et un deuxième tiers de souffrances psychiques classiques. Bruxelles compte trois prisons. Pour offrir un accès aux soins adéquats, chaque prison devrait idéalement compter une maison médicale, un service de santé mentale, un service actif en matière de toxicomanie au moins. Un rapide calcul de ces moyens nous donnerait un budget de 500.000 euros par prison à charge de la Commission communautaire française, ce qui semble difficile à assumer aujourd'hui. Cela ne veut pas dire qu'on ne pourra pas compter un jour sur les marges nécessaires, ni avoir le souci de pérenniser ceci, car ce genre de dispositif a une vraie pertinence, mais ce n'est pas pour autant qu'on ne peut pas déjà tendre vers cette logique. Il nous faudra en tout cas de l'aide du niveau fédéral à ce sujet.

La cinquième recommandation vise à veiller, dans le cadre de la mise en œuvre de cet accord, à assurer une réorganisation des compétences cohérentes pour le secteur des assuétudes.

Je pense qu'il faut effectivement considérer la sixième réforme de l'État, et le transfert des compétences santé en particulier, comme une réelle opportunité pour notre Région. Nous aurons en effet plus de moyens, plus d'outils à notre disposition pour organiser l'offre de soins de manière plus adéquate par rapport aux spécificités sanitaires de la population bruxelloise. C'est un réel défi que j'entends mener, avec l'ensemble des ministres bruxellois, en réelle concertation avec les partenaires sociaux.

La sixième recommandation est de simplifier, avec les autres entités, le soutien aux actions de réduction des risques, à travers le renforcement de la concertation entre les différentes autorités compétentes, la désignation d'un guichet unique et la concrétisation d'un plan d'actions de réduction des risques.

Sur la question du guichet unique, des travaux ont été menés par nos administrations francophones. Des contacts réguliers sont prévus, des analyses de dossiers conjointes sont réalisées. L'administration de la Commission communautaire française est invitée à participer aux comités d'accompagnement qui concernent des associations cofinancées (Modus Vivendi, Infor-Drogues, Perspectives Jeunesse ou Question Santé, associations citées à titre d'exemple).

## B.I.Q. N° 14 (2012-2013)

À ce jour, il est peu efficace de prévoir un guichet unique dans la mesure où les systèmes de subsidiarité sont totalement différents entre la Commission communautaire française et la Communauté française, cette dernière finançant des projets sur cinq ans. Des contacts sont cependant en cours et la cohérence s'améliore.

Comme déjà signalé, une proposition de plan bruxellois de réduction des risques est en cours de réalisation. Celui-ci devrait être finalisé par le secteur dans le courant de janvier 2014. Il pourra faire l'objet d'une diffusion et devra être mis en œuvre dans le cadre de la prochaine déclaration de politique générale. Je propose qu'une fois terminé, nous puissions présenter ce plan en commission et continuer le débat entamé aujourd'hui.

Le septième point prévoit de promouvoir les bonnes pratiques et de soutenir des initiatives de réduction des risques ayant démontré leur efficacité. Cela rejoint vos interventions concernant les comptoirs d'échange de seringues, les salles de consommation, les bornes de prévention, etc.

Ces sujets seront analysés dans le cadre du plan et devront recevoir une réponse politique appropriée dans le cadre de la prochaine déclaration de politique générale, sachant que la Commission communautaire française ne peut, en la matière, mener des actions seule, même si elle possède évidemment des spécificités. Il est évidemment indispensable d'aboutir à une cohérence avec le niveau fédéral et la Communauté française en la matière, voire avec les autres Régions, pour ne pas fragmenter l'approche.

Abordons ces dossiers plus concrètement encore. La définition conjointe de la réduction des risques, faite par la cellule Santé est la suivante : "Par initiatives de réduction des risques, nous entendons toutes les initiatives qui réduisent les conséquences négatives (dommages) de l'utilisation de substances psychoactives par les utilisateurs, leur entourage et la société. La caractéristique essentielle de la réduction des risques est de parvenir à une réduction des dommages liés à la drogue, et le succès de l'approche n'est pas nécessairement lié à la baisse de la consommation".

Compte tenu de cette définition, les actions suivantes, qui devraient être reprises dans le plan, relèvent de différents axes. Évoquons ainsi la prévention par les pairs, l'accès à l'information, l'accessibilité au matériel, une meilleure accessibilité aux traitements, une action liée à l'accompagnement des usagers et de l'entourage, la prévention de proximité, la formation, l'évaluation et la recherche, ainsi qu'un cadre de travail clair.

Où en est le plan de réduction des risques ? La Fedito bruxelloise s'est vu octroyer un montant de 120.000 euros à partir du budget initiatives santé, pour mener à bien la présentation de ce plan. La Fedito et la Concertation locale drogues Bruxelles (CLDB) sont les deux porteurs du projet, en tant que faitières sectorielles dans le domaine des assuétudes. Elles délèguent une partie du travail à Modus Vivendi, en tant qu'acteur de liaison sur Bruxelles et opérateur méthodologique.

Un comité d'accompagnement méthodologique a été mis sur pied. Il comprend un représentant de la CLDB, un représentant de la Fedito, le chargé des stratégies concertées chez Eurotox, des experts méthodologiques issus du Centre local de promotion de la santé (CLPS) ou du Service d'information et de promotion éducation santé (Sipes), des experts de terrain et les administrations concernées.

Une première phase a consisté à repérer les acteurs concernés par la problématique et à établir le diagnostic. Ceci a été validé dans le cadre de groupes de travail représentant le secteur. La deuxième phase consiste à budgétiser et

prioriser les actions, toujours en concertation avec le secteur. A priori, le projet me sera remis dans le courant du mois de janvier 2014. Une dernière phase de mise au débat, pilotée par la Fedito, sera ensuite organisée.

A partir de cette analyse, les gouvernements pourront, de façon transversale, prendre position quant aux actions prioritaires dans lesquelles il faudra investir les deniers publics. Cela concerne-t-il des distributeurs automatisés et des salles de consommation ? Faut-il travailler en tenant compte du secteur du milieu sportif et de la problématique de plus en plus présente des amphétamines ?

Des choix politiques essentiels devront donc être opérés, nécessairement cohérents avec ceux des autres entités fédérées. Les assuétudes sont des problèmes de santé. Elles doivent être abordées dans une logique de promotion de la santé, avec des outils de prévention des risques et une offre de soins diversifiée. Je ne disposerai pas du temps nécessaire pour répondre précisément à toutes vos questions.

Mme d'Ursel m'interroge sur les lacunes en matière de réduction des risques. Le tableau que voici reprend les cinq axes d'une politique de réduction des risques, les actions menées et les manques identifiés. Je joins au rapport le protocole d'accord sur le fonctionnement de la Cellule francophone santé drogues conclu entre les ministres de la Santé. La Communauté française a lancé un processus de recrutement de coordinateurs pour ladite cellule. Comme M. du Bus de Warnaffe, j'estime opportun qu'elle crée un site internet pour diffuser un maximum d'informations sur le sujet.

Quant à l'insécurité financière du secteur, j'en tiens compte. En Communauté française, les projets sont fixés sur cinq ans. Le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes nous sera transféré, ce qui nous permettra de pérenniser davantage les projets. Vos recommandations seront transmises au comité d'accompagnement du plan de réduction des risques. Avec votre accord, je les communiquerai également à mes homologues des autres entités.

Madame Moureaux, s'agissant de l'asbl Dune, la fin du financement de l'emploi infirmier dans le comptoir d'échange et de seringues a été opérée par Mme De Block. Depuis janvier 2013, il a été repris dans le cadre de l'agrément de la Commission communautaire française. Il était en effet inimaginable, pour nous, de nous défaire d'une infirmière en lien avec ledit comptoir d'échange.

Madame Sidibé, j'ai évoqué de manière transversale les actions soutenues par la Commission communautaire française. Modus Vivendi, à Saint-Gilles. Modus Fiesta, situé rue d'Anderlecht, vise la réduction des risques en milieu festif.

L'asbl Dune propose aussi la gestion d'un comptoir à seringues. Infor-Drogues et Prospective jeunesse, quant à elles, sont agréées en mission de prévention. Le projet Lama est agréé en mission de soins et je reviendrai sur l'accueil bas seuil, qui mène aussi des actions sur la réduction de risques. Nous finançons les locaux et le personnel, mais la Communauté française continue à financer le matériel sous enveloppe fermée.

Madame Braeckman, vous avez évoqué la situation de l'asbl Transit à Schaerbeek. Le projet est financé par le niveau fédéral, mais bénéficie d'un soutien important de la Région bruxelloise. Celle-ci vient d'ailleurs de décider d'augmenter les moyens de l'asbl de 171.000 euros, sur un budget global de 670.000 euros. Cette augmentation a pu être consentie dans le cadre des missions de soutien aux communes. Vous voyez que nous passons notre vie à tenter de trouver des solutions transversales, en tenant compte des compétences des uns et des autres !



Monsieur Migisha, vous avez également évoqué la distribution des matériels stériles via les pharmacies. Ce dispositif existe en effet, mais il faut reconnaître qu'il y a très peu de candidatures. Les pharmaciens sont réticents à communiquer à ce sujet. En outre, ce secteur dépend aussi du niveau fédéral et je n'ai pas de compétence directe sur cette profession.

En ce qui concerne l'accueil en bas seuil, Madame Braeckman, le cadre de l'asbl agréée projet Lama vient de bénéficier d'un demi-équivalent temps plein supplémentaire pour animer le réseau bas seuil bruxellois. Il est vrai que le secteur est débordé. Il propose donc de revoir d'abord son organisation, avant d'augmenter son offre. À ce jour, nous n'avons pas reçu d'autre demande d'augmentation formulée par le secteur.

En ce qui concerne le "testing", que j'ai évoqué brièvement, la difficulté principale consiste à le mettre en place plus officiellement et avec davantage de visibilité. L'action est menée par les associations et par les représentants politiques francophones. Elle nécessite un soutien du monde judiciaire, pour éviter que les travailleurs ne soient criminalisés, ainsi que vous l'avez évoqué dans vos travaux. La résistance est beaucoup plus forte du côté néerlandophone sur ce sujet. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé une note concernant la réduction de risques auprès des ministres de la Santé francophones, à la cellule drogues. L'objectif est d'obtenir une décision de la conférence interministérielle, qui préciserait alors un cadre de travail global, dont le "testing" ferait partie.

La sixième réforme de l'État prévoit plus d'outils et de moyens. Nous allons recevoir le Fonds assuétudes, soit trois millions d'euros, qui sont actuellement gérés par le niveau fédéral. Les conventions avec l'Inami pour les projets de soins spécifiques, comme le projet Lama et Enaden, entrent également dans ce cadre. Le fait de recevoir ces compétences va nous permettre aussi, en concertation avec les associations, de rendre les processus de soins plus cohérents et mieux adaptés au public visé

La finalisation du plan de réduction des risques est prévue pour janvier 2014. Dans l'intervalle, nous avons trouvé des moyens financiers, 80.000 euros, pour continuer à travailler sur d'autres thématiques, comme la consommation d'alcool dans les milieux étudiants. Le projet démarre en août 2013. La Cellule générale de politique drogues (CGPD) travaille à la réalisation du plan Alcool, qui prévoit diverses mesures. Vous parliez d'ailleurs de politique intersectorielle, tous niveaux confondus, qu'il s'agisse de santé, de sécurité ou de publicité.

Voilà les réponses que je pouvais apporter dans la foulée du travail réalisé avec beaucoup de sérieux par l'ensemble des parlementaires. Lundi, je transmettrai le rapport de M. Morel aux autres entités et à tous ceux qui travaillent dans le cadre du plan de réduction des risques. Il s'agit d'un travail de grande qualité, qui a une vraie pertinence et qui mérite d'être pris en considération.

*(Applaudissements)*

**M. le président.**- Je rappelle que les répliques sont limitées à 10 minutes par groupe.

La parole est à Mme Moureaux.

**Mme Catherine Moureaux (PS).**- Merci pour cet exposé clair et engagé. J'ai néanmoins quatre questions, deux remarques et une inquiétude.

Vous avez parlé de la Conférence interministérielle drogues, de sa CGPD et d'une revendication commune qui pourrait

émaner des ministres de la Santé quant à la réduction de risques. Pourriez-vous réexpliquer ce processus ?

Concernant l'asbl Dune, vous m'avez répondu que le poste de l'infirmière à quatre cinquièmes était repris par la Commission communautaire française. Est-ce pérenne ?

Je ne suis pas sûre de vous avoir compris quand vous avez dit qu'il était difficile pour une ministre de soutenir le "pill testing".

Quelle valeur aura le plan de réduction des risques en janvier 2014 ? Qu'en fera-t-on ? Ne vient-il pas un peu tard ?

Votre projet pour les prisons, dont j'entends parler pour la première fois, est intéressant. Un projet de cette ampleur ne doit-il cependant pas être financé par le bicommunautaire ?

Le guichet unique n'a pas vos faveurs. Pourtant, à l'opposé de votre argumentaire, il me semble que son intérêt est justement, dans un contexte où coexistent différents modes de subsidiarité, d'accompagner les associations, eu égard à la complexité institutionnelle.

Je pense, comme vous, que la réforme de l'État est aussi bien une opportunité qu'une menace. Je vous ai entendue très optimiste. Il faut que vous m'éclairiez. Qu'allez-vous faire ?

**M. le président.**- La parole est à Mme d'Ursel.

**Mme Anne Charlotte d'Ursel (MR).**- Je pense également que la réforme de l'État aura un impact positif sur la matière que nous traitons aujourd'hui. Toutefois, elle devra encore être organisée, et je crains que s'agissant des moyens et outils supplémentaires, vous ne fassiez preuve d'un optimisme démesuré.

Vous nous dites qu'une ministre risquerait de passer pour laxiste si elle promouvait des politiques de réduction des risques. Cela m'inquiète. Quel était le sens de cette remarque ? Quelle est votre position sur le "pill testing" ?

Vous nous avez remis un tableau des axes à suivre, des actions existantes et des manques, mais existe-t-il des outils d'évaluation des mesures prises ? Dans l'affirmative, qu'en concluez-vous ? Avez-vous abandonné certaines pistes et en encouragez-vous d'autres ?

**M. le président.**- La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (FDF).**- Certes, de nombreuses actions sont menées, mais il ressort de la lecture du tableau que les lacunes restent nombreuses. Nous partageons tous votre avis sur la nécessité d'une politique globale, intégrée et cohérente. Le transfert de compétences devrait apporter une bouffée d'air frais à notre institution. Permettez-nous d'en attendre la confirmation.

Le plan de réduction des risques en cours d'élaboration devrait être prêt pour la rentrée. Nous y reviendrons certainement. Une évaluation des actions menées a-t-elle été réalisée ?

Un effort particulier doit être déployé en faveur des jeunes. En effet, l'usage du cannabis et d'autres drogues festives n'est pas perçu comme une assuétude, mais comme une norme sociale.

Nous reviendrons à la rentrée pour vous interroger sur les points qui méritent d'être précisés.

**M. le président.**- La parole est à Mme Braeckman.

**Mme Dominique Braeckman (Ecolo).**- La présentation du plan en commission est vraiment une très bonne initiative. Il

## B.I.Q. N° 14 (2012-2013)

est simplement dommage que cela soit si tardif : janvier 2014 ! Quelles sont les raisons de ce retard et de cet examen en fin de législature ?

J'espère qu'à l'occasion de cet examen, si tardif soit-il, on reparlera de l'inscription beaucoup plus explicite de la réduction des risques dans le décret ambulatoire. Vu son importance, il faudrait la dissocier de la prévention. Dans le modèle intégré que vous nous avez remis, la prévention a sa part et lorsqu'à la limite de la prévention, on n'arrive plus à être suffisamment efficace, la réduction des risques se profile alors et, en bout de course, le soin. On observe sur le schéma une diminution des personnes à chaque étape. Chaque euro investi en termes de réduction des risques permet une économie à l'échelle X. Si on reprend les chiffres cités tout à l'heure en matière de traitement de l'hépatite - ne parlons pas du traitement du sida -, le rapport est très important. Nous avons donc vraiment intérêt à ce que cette réduction des risques prenne législativement toute son ampleur.

Je vous avais également interrogée sur la pertinence de disposer d'un plan spécifique sur l'alcool à destination des milieux étudiants. J'ai cru entendre dans votre réponse la nécessité de croiser tous ces plans. M. André du Bus de Warnaffe a évoqué le cas de tous ces jeunes présentant de nombreuses assuétudes. Il serait ridicule de penser que pour une partie de leurs assuétudes problématiques, ils aient accès à un plan et pas pour d'autres. Il conviendrait d'économiser les efforts et de rationaliser nos forces.

Dans le tableau très intéressant que vous nous avez remis, je constate qu'il y a une lacune dans l'énonciation des différents manques à combler. Mention devrait être faite des conditions de travail des travailleurs sociaux. Le milieu dans lequel ces derniers évoluent, la pénibilité des conditions dans lesquelles leur tâche est accomplie et le fait qu'ils ressentent que les remèdes apportés sont insuffisants, sont difficiles à supporter au quotidien.

Tous ces éléments doivent donc être pris en considération.

Vous êtes très optimiste quant aux moyens qui seront dégagés avec la sixième réforme de l'Etat. Battez-vous dès lors pour que les partis à la manœuvre les obtiennent à l'échelon fédéral ! Ce que nous entendons actuellement ne semble cependant pas aller dans ce sens.

Quoi qu'il en soit, la sixième réforme de l'Etat n'a pas été pensée pour répondre aux incohérences du système actuel. La question qui nous occupe relève d'une compétence tirailée entre notre institution francophone et une Région bilingue ! Toutefois, on peut souhaiter que ladite réforme nous donne l'occasion de soigner ces incohérences. Pour cela, nous devons être proactifs et collaborer avec le secteur.

Enfin, s'il est utile d'investir 500.000 euros dans un projet pour les prisons, j'estime que ce n'est pas à la Commission communautaire française de le faire, mais au pouvoir fédéral ou à la Cocom.

**M. le président.**- La parole est à M. Migisha.

**M. Pierre Migisha (cdH).**- Je remercie la ministre pour son tour d'horizon complet de nos recommandations. Elle nous a rassurés sur ce qu'elle en fera et sur la transmission qu'elle assurera auprès du comité d'accompagnement. Même le milieu associatif sera certainement ravi d'entendre une bonne partie de cette orientation.

Nous sommes certes bien conscients des moyens dont nous dépendons et de l'arrivée de la sixième réforme de l'Etat. Il est en tout cas certain que le gouvernement s'implique fortement dans cette problématique. J'espère que votre enthousiasme se

concrétisera en des mesures que le terrain pourra rapidement ressentir.

On parle beaucoup de santé et de sécurité, mais il importe aussi de ne pas oublier la question de l'insertion. La réduction des risques vise un résultat qui peut aller jusqu'à l'arrêt de la consommation, même si ce n'est pas l'essentiel du processus. Il n'en demeure pas moins que la réussite, en termes d'épanouissement de la personne, doit s'accompagner d'une insertion par la formation et l'emploi.

La question du logement ne doit pas non plus être perdue de vue, car ces personnes ont été, à un moment donné, fortement fragilisées. Notre politique dépendra évidemment de nos moyens. Nous espérons que vous pourrez porter également cette problématique au gouvernement régional.

Il importe d'impliquer les pharmaciens dans ce processus. Selon vos informations, il n'y a pas assez de candidats. Cela démontre soit un manque d'intérêt, soit une crainte ou une appréhension par rapport au processus de réduction des risques.

Ils pourraient jouer un rôle déterminant dans le domaine de l'accessibilité au matériel. Il serait donc utile de les sensibiliser à cette question.

Nous soutiendrons tous vos efforts dans ce combat.

**M. le président.**- Je demanderai à la ministre de répondre rapidement aux questions complémentaires qui lui ont été posées.

**Mme Céline Fremault, ministre.**- J'ai rassemblé une partie des réponses complémentaires aux questions qui m'ont été posées.

Mme Catherine Moureaux m'a interrogée sur le processus suivi dans le cadre de la CIM drogues. Aujourd'hui, nous disposons, parmi les ministres de la Santé, d'un accord sur la définition de la réduction des risques. Un accord entre les ministres de la Santé est également en voie de finalisation sur les actions et les manques qui existent. Cela figure d'ailleurs dans la note qui a été distribuée.

Enfin, d'ici la fin 2013, un dépôt en cellule générale devrait intervenir pour tenter d'obtenir l'accord global sur les actions et les manques, et sur la décision de financement en la matière.

Concernant la question du guichet unique, la création de la Cellule francophone Santé Drogues composée des ministres compétents et de leur administration va également permettre de clarifier un certain nombre d'informations transmises au secteur et d'analyser quelles sont les améliorations à apporter. J'ai tenté de vous démontrer que les systèmes de financement et d'agrément sont extrêmement différents. Ce n'est pas pour autant qu'il est exclu de passer un jour à un système de guichet unique. Ce sont ces différences qui nous empêchent actuellement de mettre en place ce dernier. Le travail opéré au sein de cette cellule devrait également permettre l'émergence de pistes. Il n'en reste pas moins qu'une harmonisation doit se réaliser entre les différents systèmes.

Quant à la sixième réforme de l'Etat, je suis d'un tempérament généralement optimiste. J'ai dit effectivement que cela donnera plus de temps et de moyens. Par exemple, les règles d'organisation des services pour recevoir les financements sont extrêmement strictes et parfois inutiles. Les bénéficiaires doivent par exemple rencontrer hebdomadairement pendant une heure le médecin, le psychologue et l'assistant social. On pourrait dégager du temps pour s'organiser et affecter les moyens différemment.

Il est cependant encore un peu trop tôt pour le faire : les travaux du Comité de mise en œuvre des réformes institutionnelles (Comori) viennent de s'achever il y a une dizaine de jours. Ce n'est que maintenant que l'on va recevoir les documents et commencer à y voir plus clair. Des groupes de travail vont se mettre en place au cours de ces vacances d'été pour traiter de l'aspect budgétaire. Le Fonds assuétudes représente une grosse somme, puisqu'il se chiffre à plusieurs millions d'euros. Dans les compétences que l'on reçoit, il faut mettre les moyens en œuvre et développer une politique la plus pertinente possible par rapport aux demandes du secteur.

Je n'ai pas dit que le "testing" était difficile à mettre en œuvre, mais bien que ce n'était pas simple. C'est différent. Comment faire émerger le principe et le faire accepter sur le plan sociétal, tout en ne donnant pas une impression de mener une politique de laisser-aller ? Comment peut-on mettre en place cette procédure plus officiellement et plus visiblement, alors que cette pratique est déjà portée par les associations et les représentants politiques francophones ? Il faut tenir compte de deux écueils. Le premier est la réaction du monde judiciaire fédéral. Il faut en effet éviter que les travailleurs ne se trouvent dans un processus de criminalisation.

Quant au deuxième écueil, la résistance est beaucoup plus forte du côté néerlandophone, aux échelons de l'État fédéral et des entités fédérées. Les ministres francophones de la Santé ont donc déposé une note sur la réduction des risques à la Cellule générale de politique drogues (CGPD) pour qu'une décision soit prise au sein de la Conférence interministérielle social-santé. Cette dernière devrait aussi fixer le cadre de travail, en se saisissant de la question du "testing".

Une harmonisation minimale doit également avoir lieu à l'échelon fédéral, car nous serons constamment confrontés à des questions de compétences. Mme d'Ursel, les outils d'évaluation sont en cours d'élaboration et seront précisés dans le plan d'actions. De nos jours, toute politique est soumise à évaluation. Nous serons très vigilants sur ce point.

Madame Braeckman, l'élaboration du plan devait durer un an et demi. Un équivalent temps plein y était attaché au sein de la Fedito. Le retard de six mois est imputable à des problèmes d'absence pour raisons médicales.

Une clarification du cadre politique permettra d'améliorer les conditions de travail et d'atténuer le stress des travailleurs, notamment en termes de risques judiciaires. Cela vaudra également pour les bas seuils. Je vous présenterai le projet de plan pour que nous puissions en débattre.

## CLÔTURE

**M. le président.**- Je vous remercie toutes et tous pour la qualité des débats que nous avons menés aujourd'hui.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est close.

Prochaine séance, sur convocation.

La séance est levée à 12h43.

Membres du Parlement présents à la séance : Aziz Albishari, Dominique Braeckman, Michel Colson, Julie de Groote, Anne Dirix, André du Bus de Warnaffe, Anne Charlotte d'Ursel, Ahmed El Ktibi, Nadia El Yousfi, Hamza Fassi-Fihri, Anne Herscovici, Marion Lemesre, Pierre Migisha, Jacques Morel, Ahmed Mouhssin, Catherine Moureaux, Marie Nagy, Mahinur Ozdemir, Emin Ozkara, Yaron Pesztat, Arnaud Pinxteren, Magali Plovie, Joël Riguelle, Fatoumata Sidibé, Viviane Teitelbaum, Barbara Trachte et Gaëtan Van Goidsenhoven.

Membres du gouvernement présentes à la séance : Céline Fremault et Evelyne Huytebroeck.

