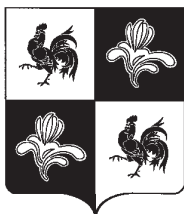


Parlement francophone bruxellois
(Commission communautaire française)



1^{er} juin 2007

SESSION ORDINAIRE 2006-2007

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à la santé mentale et aux drogues
et assuétudes**

déposée par Mme Magda DE GALAN, M. André du BUS de WARNAFFE
et Mme Dominique BRAECKMAN

DEVELOPPEMENTS

Les décrets relatifs aux services de santé mentale et aux services actifs en matière de toxicomanies ont été adoptés par la Commission communautaire française le 27 avril 1995, faisant suite aux décrets de transferts de compétences de la Communauté française à la Commission communautaire française en matière de santé découlant de la réforme de l'Etat et principalement de l'article 59^{quinquies} de la Constitution.

En ce qui concerne la santé mentale, le décret de 1995 a été un texte d'adaptation à l'évolution des besoins de la population et des services plutôt qu'un texte fondamentalement novateur (le secteur était déjà couvert par un arrêté de la Communauté de 1975). Ce décret s'inscrit dans la poursuite d'une logique de santé centrée sur le patient et sur une approche, autant que possible, ambulatoire.

La situation était différente pour les services actifs en matière de toxicomanies qui n'avait pas de cadre juridique propre jusqu'au décret de 1995. Le secteur s'est constitué au début des années 80 et s'est construit particulièrement autour du constat du rejet et de l'exclusion sociale des toxicomanes. Il évolue depuis son origine dans un contexte de prohibition (loi interdisant l'usage de produits psychotropes) et revendique une position alternative à la répression et à la stigmatisation des usagers de drogues.

Les deux secteurs sont les héritiers du courant antipsychiatrique de désinstitutionalisation, de réduction des risques, d'individualisation et d'autonomie des usagers, autant en santé mentale qu'en toxicomanies, et de distinction claire entre les champs thérapeutique de santé et répressif d'ordre public.

Le programme gouvernemental de juin 2004 prévoyant l'évaluation des services subventionnés, des auditions des services relevant de la compétence de la santé ont été organisées en commission de la santé dès le début de l'année 2005 en vue de l'évaluation de la pertinence des décrets après dix années d'application.

Les exposés des représentants des secteurs ont reconnu les bénéfices des deux décrets permettant leur structuration tout en ne fermant pas la porte aux innovations résultant de l'adaptation des services à l'évolution de notre société.

Ce sont ces pistes d'adaptation à l'évolution de la société et des mentalités qui ont motivé les recommandations de la présente proposition de résolution.

Le secteur de la santé se caractérise par une répartition complexe des compétences due aux multiples transformations de la structure de notre Etat au cours des dernières décennies. La gestion de la politique de santé, au sens large

du terme, est répartie entre de nombreuses autorités ministérielles. Chaque « champ » est lui-même contrôlé par plusieurs instances.

La santé, « stricto sensu », ne connaît pas moins de six entités autonomes habilitées à intervenir à Bruxelles : l'Etat fédéral, les Communautés française et flamande, la Commission communautaire commune et les Commissions communautaires française et flamande, sans compter les projets notamment mis en place par les CPAS et divers programmes européens.

Une politique de santé ne peut donc se concevoir sans la collaboration, la concertation et la coordination entre le niveau fédéral, les Communautés, les Régions, l'échelon local. L'Etat fédéral reste l'opérateur financièrement le plus important de la santé via l'AMI (assurance maladie invalidité). Durant la précédente législature, les initiatives fédérales se sont traduites à Bruxelles par un renforcement des masses budgétaires pour les acteurs bruxellois dans plusieurs domaines. Cependant, ces moyens n'ont pas toujours été octroyés en tenant compte des spécificités bruxelloises.

Il faut donc que, dans notre réflexion, nous tenions compte du fait que les leviers d'une politique de santé se trouvent répartis entre différents niveaux de pouvoir. Le partenariat institutionnel est une nécessité et une obligation pour tous les gouvernements.

Hormis cet aspect institutionnel, le travail en transversalité se justifie également par notre conception de la santé. La définition donnée par l'OMS en 1946, « la santé est un état complet de bien-être physique, social et mental et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » a l'intérêt de reconnaître d'autres déterminants que les seuls facteurs biologiques et génétiques des personnes. Tous les autres domaines de la vie sont concernés et la santé dépasse largement les compétences des ministres de la santé. Les orientations prises et ayant un impact sur la santé émanent de presque tous les secteurs de l'action politique. Le mot d'ordre doit être une approche intégrée en matière de politique de santé au sein du gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et des trois Collèges.

La santé et le bien-être de la population sont aussi le produit du développement économique et social. Les causes de mal-être et de maladie, les facteurs propices à une consommation problématique de produits ou de drogues sont en fait une imbrication d'histoires personnelles et de facteurs sociaux, culturels, professionnels dans lesquels les personnes évoluent.

Les études et rapports sur la pauvreté ne font que confirmer l'augmentation de la paupérisation de la population

bruxelloise et la nécessité de renforcer les moyens consacrés à la santé dans les quartiers défavorisés. Ainsi, d'après ces derniers rapports il apparaît, entre autres, que 25 % des personnes postposent leurs visites chez le médecin et que les hommes habitant dans la première couronne ont une espérance de vie moyenne inférieure de quatre ans par rapport aux hommes de la seconde couronne. Cette question ne doit donc pas être abordée uniquement du point de vue de la grande pauvreté, de l'exclusion sociale et du « sans-abrisme ».

Dès lors, il n'est pas surprenant de constater que les rapports d'activités de tous les services d'aide aux personnes et de santé soulignent la nécessité d'une approche plus globale des problématiques des personnes qui s'adressent à eux. Les usagers viennent moins avec un problème particulier qu'avec une accumulation de problèmes et les professionnels ne peuvent plus aborder seuls les situations complexes qui relèvent dans de nombreux cas d'une pluralité d'actions. Ce croisement de problématiques nécessite de plus en plus souvent un travail en réseau permettant d'articuler efficacement les interventions des différents professionnels concernés. L'action publique doit encourager les coordinations formelles et informelles qui se développent entre eux, doit aider à structurer les réseaux en véritables partenariats. Depuis une dizaine d'années, le SMES (Santé Mentale/Exclusion Sociale) pense et construit sans cesse les ponts indispensables entre l'aide sociale et la santé mentale ALTO; (Alternative à la Toxicomanie) participe à intégrer les médecins généralistes dans des dispositifs socio-sanitaires plus globaux en matière d'assuétudes. Le RAT (Réseau d'Aide aux toxicomanes) rassemble des personnes intéressées par l'aide thérapeutique aux toxicomanes, en milieu non spécialisé, dans un réseau pluridisciplinaire.

Parallèlement à cette évolution, nous avons assisté à un changement de mentalité autant en santé mentale qu'en matière de drogues et d'assuétudes. Il y a moins de résistance parmi la population à avoir recours à un psychothérapeute dans ou hors des institutions, la représentation sociale de cette démarche est de moins en moins stigmatisante. De même, les débats en cours sur la dépénalisation du cannabis sont le signe d'une approche plus diversifiée des drogues envisageant tous les usages de produits psychotropes, de l'occasionnel au récréatif, du problème à la dépendance. Considération plus humaniste également envisageant

l'usager de drogues comme un être responsable et autonome, libre de ses choix, y compris de dépendance, ce qui a amené à reconsidérer l'obligation d'abstinence comme condition à une prise en charge dont un des meilleurs exemples est la création des MASS (Maisons d'accueil socio-sanitaires).

Une des conséquences également de ce changement de mentalité en matière de drogues est le développement de la réflexion et des actions en matière de réduction des risques. Il s'agit d'une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de drogues. Les épidémies de sida et d'hépatites ont souligné toute l'urgence d'aborder la question de l'usage des drogues et de la réduction des risques. Il y a deux axes aux actions qui en découlent : la promotion de la santé favorisant le lien entre consommateur et réseau socio-sanitaire et la prévention des risques de l'usage de produits psychotropes.

La conjoncture liée à ces deux évolutions sociale et culturelle a eu comme conséquence que les services essaient tant que faire se peut de s'adapter à l'évolution de la société et aux besoins de la population qui les consulte. Les services de santé mentale, par leur vocation ambulatoire, permettent de répondre à ces nouvelles exigences de sortir de la logique asilaire et essaient de permettre aux personnes plus démunies d'avoir accès au travail psychothérapeutique. Grâce à cette détermination, ils permettent à l'usager une démarche libre et volontaire de travail sur soi et développent une offre de services de grande qualité. Il en est de même pour l'ensemble des services d'aide aux personnes et de santé. Cependant ces services sont très souvent débordés et ne suffisent pas à répondre à la demande (par exemple : santé mentale, maisons médicales ... y compris les services d'urgence).

Nous devons être particulièrement attentifs au fait que cette évolution tendant à l'autonomie de chacun, à la liberté des choix de vie a cependant ses limites, dans la mesure où les travailleurs du social et de la santé n'ont ni les missions ni les moyens de rencontrer toutes les formes d'exclusion sociale (au plan financier, de l'emploi, du logement ...). Cette situation ne devrait pas se retourner contre les demandeurs d'aide ni contre les travailleurs médico-sociaux.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

relative à la santé mentale et aux drogues et assuétudes

Considérant que la politique de santé de la Commission communautaire française doit s'inscrire dans une approche globale de santé publique;

Considérant que le concept de santé doit être envisagé selon la définition de l'OMS et par conséquent exige une politique concertée et intersectorielle;

Considérant la répartition des compétences entre les différentes entités fédérées;

Considérant que le recueil et le traitement des données sociales et de santé représentent un enjeu majeur pour pouvoir mener des politiques cohérentes en matière de santé;

Considérant l'importance de la prévention, de la promotion de la santé, du travail collectif et communautaire;

Considérant la nécessité de la reconnaissance des usagers ainsi que de leur implication dans les processus d'élaboration des politiques qui les concernent;

Considérant l'évolution de la société à l'égard des phénomènes d'assuétudes et également l'évolution des pratiques de consommation de produits psychotropes;

Considérant que l'augmentation de la demande d'intervention n'est pas étrangère à l'évolution d'une société davantage en demande de responsabilisation individuelle, d'autonomie et d'individualisme, et qu'il reste difficile de distinguer ce qui relève du mal-être psychosocial et de la santé mentale;

Considérant le rôle essentiel joué par les services et associations de terrain;

Considérant que la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

L'Assemblée de la Commission communautaire française

demande au Collège de :

- soutenir et développer l'offre de soins de première ligne, en ce compris les associations locales de méde-

cins généralistes et les maisons médicales, en veillant à une meilleure couverture de l'ensemble de la Région, en fonction des besoins, en matière de santé mentale, de drogues et d'assuétudes, en particulier pour les populations défavorisées;

- prévoir un dispositif permettant de répondre aux urgences psychosociales;
- soutenir des initiatives permettant les échanges entre les différents acteurs des secteurs sociaux et de la santé;
- défendre les exigences financières et les spécificités de Bruxelles en matière de santé au sein des conférences interministérielles;
- préciser et améliorer les articulations en matière de prévention entre la Commission communautaire française et la Communauté française;
- améliorer la définition des indicateurs de santé, leur recueil ainsi que leur étude par l'Observatoire bruxellois de la santé et du social en partenariat avec les utilisateurs de l'information;
- considérer la transversalité des politiques sociales et de santé et d'exercer l'ensemble de ses compétences en tenant compte de l'impact en matière sociale et de santé de toute décision;
- mettre en place le Comité francophone de coordination des politiques sociales et de santé afin de répondre aux difficultés liées à la répartition complexe des compétences;
- soutenir le travail en réseau au sein du secteur de la santé mais également entre le secteur de la santé et le secteur social;
- rationaliser la charge administrative des services;
- reconnaître les nouveaux profils professionnels issus des pratiques de terrain nécessaires à l'accomplissement des missions des services;

demande au Collège, en particulier pour le secteur de la santé mentale, de :

- maintenir l'architecture générale du « décret relatif aux services de santé mentale » ainsi que la démarche libre et volontaire des usagers des services de santé mentale;
- envisager également d'autres modes de prise en charge répondant aux besoins des populations défavorisées, en promouvant des démarches novatrices intra-muros et extra-muros pour les publics exclus, marginaux, voire clandestins;
- favoriser une meilleure participation des médecins aux activités de prévention;

demande au Collège, en particulier en matière de drogues et d'assuétudes, de :

- maintenir l'architecture générale du « décret relatif aux services actifs en matière de toxicomanies »;
- initier un accord de coopération avec le SPF Justice permettant une meilleure prise en charge de la population carcérale et la réhabilitation des détenus;
- défendre les spécificités bruxelloises au sein de la conférence interministérielle déterminant une politique de drogues globale et intégrée via la cellule globale Drogues définie par l'accord de coopération du 2 septembre 2002;
- remettre en service le réseau Alto à Bruxelles dans l'optique de pallier l'insuffisance d'interventions de soins de première ligne;
- demander aux autres entités fédérale et fédérées d'améliorer la formation continuée des médecins généralistes en matière de drogues et assuétudes;
- envisager de nouvelles démarches de type extra-muros permettant aux équipes de prendre contact avec les usagers de drogues;
- intégrer dès aujourd'hui la notion de réduction des risques dans toute nouvelle réflexion en matière de drogues et considérer cet aspect du travail comme une obligation éthique en référence à la Charte de réduction des risques rédigée par la Fédito.

Magda DE GALAN

André du BUS de WARNAFFE

Dominique BRAECKMAN

