

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



26 mai 2015

SESSION ORDINAIRE 2014-2015

AUDITION

**relative au Plan bruxellois de réduction
des risques liés à l'usage de drogues**

RAPPORT

fait au nom de la commission de la Santé

par Mme Zoé GENOT

SOMMAIRE

1. Préambule de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	3
2. Audition de Mme Catherine Van Huyck, directrice de l'ASBL Modus Vivendi, accompagnée de Mme Cécile Beduwé, évaluatrice.....	3
3. Discussion	7
4. Approbation du rapport.....	8

Membres présents : M. Jacques Brotchi, M. Alain Destexhe, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Anne Charlotte d'Ursel (supplée M. Abdallah Kanfaoui), Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowicz, Mme Zoé Genot, M. Amet Gjanaj, M. Hasan Koyuncu, M. Zahoor Ellahi Manzoor et Mme Martine Payfa (présidente).

Membres absents : M. Bea Diallo et M. Abdallah Kanfaoui (suppléé).

Etaient également présents à la réunion : M. Alain Maron (député) et Mme Cécile Jodogne (ministre).

Mesdames,
Messieurs,

La commission de la Santé a effectué, en sa réunion du 26 mai 2015, une audition relative au Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

1. Préambule de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé

La ministre souhaite remercier la présidente de la commission de la Santé de l'avoir invitée à cette audition relative au Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues, et de lui permettre d'introduire cette présentation.

Ce Plan a été élaboré au cours de la législature précédente, à l'initiative des ministres de la Santé de la Commission communautaire française. L'ASBL Modus Vivendi en a été la cheville ouvrière, et a été soutenue dans ce travail d'envergure par la FEDITO bruxelloise et par la Coordination locale drogues bruxelloises (CLDB).

La ministre informe avoir personnellement rencontré la FEDITO et Modus Vivendi et, lors de ces rencontres, l'avenir du Plan a été évoqué. Son cabinet a également des contacts réguliers avec ces institutions.

Dans la déclaration de politique générale de cette législature, le Collège s'engage à mettre en œuvre le Plan de réduction des risques. La ministre a été plusieurs fois interpellée en séance plénière du Parlement francophone bruxellois à ce sujet.

Dans les réponses qu'elle a apportées à ces interpellations, elle a eu l'occasion de rappeler le caractère transitoire de cette année 2015, année de continuité des politiques menées au cours de l'année antérieure. Cette période dite de « *standstill* » doit permettre de travailler de la manière la plus efficace possible à l'accueil des nouvelles compétences de la Commission communautaire française en matière de santé: celles qui viennent du fédéral, et plus particulièrement le Fonds assuétudes, mais aussi et surtout celles de la Fédération Wallonie-Bruxelles, à savoir la promotion de la santé.

Par ailleurs, comme le savent les commissaires, il est prévu d'apporter des modifications au décret « ambulatoire », sur la base de l'évaluation qui en a été faite. Avec sa collègue Céline Fremault, elles ont d'ailleurs demandé que les résultats de cette évaluation soient présentés prochainement en réunion

conjointe des commissions des Affaires sociales et de la Santé.

La réflexion relative au Plan de réduction des risques s'inscrit dans ce cadre de transition. En effet, les éléments du Plan ont des liens avec ces deux compétences, l'ambulatoire d'une part et la promotion de la santé, d'autre part. Ils ont également des liens avec des compétences d'autres niveaux de pouvoir, notamment fédérales. Modus Vivendi l'évoquera sans doute dans sa présentation.

En parallèle à ces considérations décrétales, une analyse des aspects budgétaires semble nécessaire à la ministre. Certaines activités prévues dans le Plan sont déjà mises en œuvre, d'autres sont nouvelles. Une évaluation des coûts des activités doit être réalisée au cours de cette année de transition.

Afin de préparer au mieux la mise en œuvre du Plan, la ministre souhaite que soit mis en place un groupe de travail réunissant les ASBL qui l'ont élaboré ainsi que l'administration et son cabinet.

Ce sont les quelques mots que la ministre en charge de la Santé souhaitait communiquer aux commissaires en préambule à cette audition. Elle précise qu'elle assistera à la présentation du Plan et que des représentants de son cabinet seront présents pour toute la durée de la réunion.

La ministre tient enfin à remercier Modus Vivendi pour ce travail à la fois très complet et très précis. C'est ce type de démarche, rigoureuse et participative, qui peut utilement éclairer les décideurs politiques dans les choix qu'ils ont à poser pour répondre aux besoins de santé des Bruxelloises et des Bruxellois.

2. Audition de Mme Catherine Van Huyck, directrice de l'ASBL Modus Vivendi, accompagnée de Mme Cécile Beduwé, évaluatrice

Avant d'aborder le cœur du sujet, Mme Catherine Van Huyck tient à remercier la commission d'avoir invité Modus Vivendi à venir parler du Plan de réduction des risques bruxellois.

Avant de rentrer dans la présentation du plan lui-même il lui semble important, en guise de préambule, de rappeler ce qu'est la réduction des risques et surtout ce qu'elle n'est pas.

A. La réduction des risques

L'épidémie du SIDA a permis pour la première fois, dans les années '80, de poser la problématique de la santé des usagers de drogues au niveau politique.

Le SIDA d'abord, les virus des hépatites ensuite, ont frappé les usagers de drogues par voie intraveineuse. Il est devenu urgent de mettre en place une politique de santé publique ciblant les besoins immédiats et les risques pris par ces usagers. Le concept de réduction des risques liés à l'usage de drogues était né : donner les moyens à tous les usagers de drogues de se préserver des risques infectieux et d'améliorer leur qualité de vie et indirectement celle de leur entourage.

La réduction des risques est donc partie des constats suivants :

- une société sans drogues n'existe pas;
- le risque zéro n'existe pas;
- la notion de risque est relative;
- la prohibition des drogues maximalise les risques;
- une information objective n'est pas incitatrice.

Progressivement, la réduction des risques ne se limitera plus aux seuls risques infectieux au sein du public des injecteurs, mais élargira son action à la prise en compte de l'ensemble des risques liés à la consommation (overdose, accidents de la route, relations sexuelles non désirées, dépendances, marginalisations, etc.) et ce, pour l'ensemble des consommateurs de drogues, quels que soient les modes et les types de consommation ou les types de produits, qu'ils soient illicites ou non.

La réduction des risques se distingue de la prévention de l'usage et des traitements. En effet, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et/ou psychosocial.

La réduction des risques a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir de consommer des drogues.

Prévention, traitement et réduction des risques concourent ensemble à la promotion de la population en général et des usagers de drogues en particulier.

Les principes d'intervention de la réduction des risques sont les suivants :

- ne pas banaliser l'usage de drogues;
- donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques;
- encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues;
- aller à la rencontre de l'utilisateur de drogues dans son milieu de vie;
- faire participer les usagers de drogues;
- faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues;
- sensibiliser les professionnels de différents horizons aux interventions;
- développer une réflexion et une évaluation constantes.

Le point de départ de la réduction des risques liés à l'usage de drogues a été l'épidémie du sida.

La réduction des risques prend en compte la diversité des risques, des usagers, des produits et des modes d'usages.

La réduction des risques se distingue et s'articule avec la prévention et les traitements.

B. Le Plan bruxellois de réduction des risques

Le Plan bruxellois de réduction des risques, qui figurait dans l'accord de gouvernement, a été commandité par la ministre de la Santé à Bruxelles. Son élaboration a commencé début 2012, et est présenté en 9 carnets qui sont disponibles sur www.modusvivendi-be.org. Ce travail est pris en charge par Modus Vivendi ASBL soutenu par la FEDITO Bruxelles et la CLDB.

Les principes fondateurs ont été les éléments suivants :

- l'approche par milieu de vie (rue/soin, festif, carcéral, sportif, transversal);
- la consultation des acteurs à toutes les étapes;
- l'articulation avec d'autres Plans (réductions des risques et prévention assuétudes en Fédération Wallonie-Bruxelles);

- et l'élaboration d'un outil de travail pour les acteurs, qu'ils soient de première, deuxième lignes voire décideurs politiques.

Le Plan se base sur un constat et un diagnostic de la situation (revue littérature, observation, rencontres, données épidémiologiques, focus groups, questionnaires ...).

Il se veut ensuite une planification de ses objectifs et de 60 actions prioritaires. Certaines existent déjà et doivent être maintenues, voire renforcées, d'autres sont à créer.

Ces priorités doivent également être articulées dans un dispositif cohérent et global. Elles sont très précises (étapes, acteurs, publics, relais, indicateurs) et font appel à des compétences variées (promotion de la santé, justice, insertion sociale, communes ...).

Quelques éléments de constats en ce qui concerne les milieux de vie « soins et rue » :

- La situation de plus en plus critique (plus de précarité, plus de migrants) entraîne une grande vulnérabilité des publics, parmi lesquels les injecteurs, public qui est prioritaire. Or, les structures « bas seuil » sont engorgées.
- Les overdoses et le VIH+ sont en diminution grâce à un meilleur accès au matériel d'injection et aux traitements de substitution. Les demandes de seringues sont croissantes et les moyens alloués au matériel d'injection sont insuffisants (arrêt du Stérimix ...).

En ce qui concerne les milieux festifs, les fêtes sont des lieux de socialisation des jeunes : la vie festive et la consommation d'alcool sont des éléments essentiels d'intégration sociale dans un nouveau milieu de vie. Le public est souvent jeune et inexpérimenté, c'est un lieu d'initiation à certains produits. Les consommateurs des milieux festifs ne se considèrent pas comme un public consommateur à risques.

Bruxelles, spécifiquement, regorge de lieux festifs en tous genres avec des usagers, des modes de consommation et des produits de prédilection spécifiques.

Modus Vivendi a des données indicatives (issues des projets de terrain) sur l'évolution des produits consommés et des risques associés. Les produits les plus consommés sont l'alcool avec le tabac et le cannabis mais la consommation de « Research Chemicals », amphétamines et cocaïne est en augmentation, et la polyconsommation est courante.

Dans les environnements festifs, il y a presque toujours une mise à disposition légale d'alcool, souvent associée à la consommation d'autres psychotropes. Par ailleurs, la diversité des lieux et des événements est importante.

Les acteurs de terrain du secteur ont besoin d'informations sur l'évolution des produits et des risques associés.

Pour ce qui concerne l'univers carcéral, les risques sanitaires sont plus élevés (VHB x 4, VHC x 10 ...) : en cause, les facteurs de risques socio-sanitaires nombreux tels que la surpopulation, la promiscuité, l'isolement, l'inactivité, l'échange de matériel de consommation usagé, le piercing et peu de matériel de réduction des risques. 75 % des détenus ont une consommation de drogues au cours de leur vie et les overdoses sont 8 fois plus nombreuses à la sortie de prison.

Par ailleurs, la moitié des usagers suivant un traitement de substitution l'arrêtent en prison, et un tiers des usagers détenus ont consommé un nouveau produit en prison.

Les représentantes de Modus Vivendi abordent ensuite les constats transversaux.

Il n'existe pas de reconnaissance de la réduction des risques en tant que pilier spécifique de la politique drogue, ce qui a des répercussions sur les conditions de travail et les projets.

En effet, le cadre légal reste inconfortable : la réduction des risques est le parent pauvre du secteur assuétude. Le financement et le découpage ne correspondant pas à la réalité de terrain. Il existe une précarité du secteur et une difficulté à pérenniser les équipes et les projets.

La réduction des risques vise différents publics d'usagers de drogues (produits variés, endroits de consommation différents, diversité des origines, genres, âges). L'optique de promotion à la santé vise le bien-être de manière large et un travail sur les déterminants de la santé.

Mais les actions sont complexes à mettre en place quand le financement est précaire et éclaté (projets pilotes depuis 10 ans sans financement récurrent ...).

La réduction des risques reste mal connue du grand public et ainsi que des professionnels.

Un objectif important est l'accès à l'information, via la création d'outils d'information, et les conseils relatifs à la réduction des risques. Il faut créer des messages simples, des illustrations pour les populations

migrantes (pays de l'Est, Maghreb) et des messages non moralisateurs qui soient adaptés à des publics et des lieux spécifiques en utilisant les nouvelles technologies.

Pour que l'accès soit aisé aux outils et actions de réduction des risques, il faut un renforcement du DAMSI (distribution automatisée de médicaments système intégré) : financement, horaire, couverture géographique, modes d'accès, bornes, salles de consommation à moindre risque, ainsi qu'un renforcement du testing en lieu fixe et mobile (milieu festif) et un travail sur la diffusion d'outil de réduction des risques via différents canaux (milieu carcéral notamment).

Il faut également que l'accès aux traitements et au dépistage soit plus simple, et il faut veiller à organiser une planification de la continuité des traitements à la sortie de prison, notamment dans le suivi des traitements de substitution (par exemple avoir 72 heures de traitement à la sortie).

Il y a lieu également de développer les actions de proximité : informations et sensibilisation en rue, mise en place et formation d'agents « bien-être » sur les lieux festifs (pour repérer les personnes qui ont un malaise et intervenir), et enfin émergence de groupes de paroles (en prison) qui passe par une sensibilisation des agents pénitentiaires.

Un autre aspect important est la prévention par les pairs.

En effet, l'information et la sensibilisation des pairs par les pairs est un élément non négligeable dans les milieux de vie (la rue et la prison) ou dans les services fréquentés par les usagers.

Les pairs se sentent ainsi plus responsables du bien-être, en milieu festif notamment, et font mieux passer les messages auprès des usagers.

Des actions liées à un environnement et des lieux favorables à la santé doivent aussi être entreprises : renforcement de l'accès au logement pour les personnes précarisées (les usagers de drogues en particulier), et sensibilisation des lieux festifs aux aspects santé.

Catherine Van Huyck insiste ensuite sur le travail à faire en réseau :

- travail sur l'amélioration de l'orientation des usagers de drogue pour désengorger les services de crise (meilleure connaissance des acteurs et services ...) dont par exemple le Soutien du développement du « Housing First », offre d'un logement individuel durable (partenariat créé avec Agence

Immobilière Sociale) à des « sans-abris » avec accompagnement par une équipe pluridisciplinaire et développement des appartements supervisés avec possibilité de glissement vers un logement classique;

- mise en place d'une coordination des actions « santé » et « promotion de la santé/réduction des risques » en milieu festif pour améliorer la collaboration et l'efficacité des acteurs ainsi qu'une coordination effective de terrain lors de gros événements;
- renforcement des équipes (para)médicales en prison (plus de médecins, infirmiers) et attribution d'un rôle de réduction des risques à ces équipes, soutenues et renforcées par des équipes de réduction des risques externes;
- organisation de formations de base, continues pour professionnels en contact avec les usagers de drogue (MG, personnel hospitalier, services des urgences, service sociaux, agents communaux, personnel carcéral ...);
- création, mise à jour régulière et diffusion d'outils d'information tenant compte de l'évolution des modes de consommation, des produits consommés (avec une attention particulière aux RC) et des risques qui sont liés (à destination des professionnels spécialisés ou non en assuétudes : acteurs psycho-médico-sociaux, éducation ...).

Cécile Béduwé met en exergue l'objectif essentiel de recherche et d'évaluation des initiatives :

- collecte harmonisée de données au niveau des institutions en contact avec des usages de drogue (complémentarité avec l'encodage européen de nouvelles demandes de traitement);
- enquête sur la consommation en milieu festif et étudiant;
- enquêtes qualitatives et quantitatives sur l'état de santé des détenus.

Catherine Van Huyck plaide pour la création et la diffusion d'outils visant à déconstruire les stéréotypes sur les usagers aux yeux des professionnels, des politiques et du grand public (témoignages d'usagers, de professionnels, dossiers d'information, campagne de sensibilisation, reportages, films ...), et plaide également pour la révision de la loi de 1921 au minimum pour la décriminalisation de l'usage.

L'intervenante fait enfin un plaidoyer pour le transfert des compétences des soins de santé en prison vers le Service public fédéral Santé publique en ce qui concerne le milieu carcéral.

Au niveau des réglementations, le Plan de réduction des risques préconise la reconnaissance structurelle et institutionnelle de la réduction des risques et l'attribution d'agrément de service spécifiques pour des missions de réduction des risques, ainsi que des financements structurels de projets-pilotes.

En termes de conclusions et de perspectives, Catherine Van Huyck rappelle que certains axes de travail sont déjà effectifs, d'autres doivent être renforcés et certains sont à créer.

Faire un plan n'a de sens que si celui-ci est suivi et que si sa mise en place est évaluée et qu'il est régulièrement actualisé. Ce n'est pas encore le cas mais Modus Vivendi est actuellement en discussion avec le cabinet afin de réfléchir ensemble au suivi du plan.

Il faut savoir également que les actions du Plan de réduction de risques bruxellois ne dépendent pas uniquement de la Commission communautaire française mais que beaucoup d'autres entités ainsi que d'autres domaines de compétences que la santé sont concernés.

Un premier travail consisterait donc à définir quelle action dépend de quelle entité, le transfert de compétences en cours ne simplifiant pas toujours ce travail ! Mais celui-ci pourrait donner une première idée des actions à mener au niveau de la Commission communautaire française.

Les différents éléments du Plan de réduction des risques ont été pour la plupart intégrés dans le plan drogues en cours d'élaboration par la FEDITO bruxelloise. Plan qui doit lui-même être intégré dans le Plan Santé bruxellois piloté par la Commission communautaire commune.

Pour finir et en lien avec ce plan, Catherine Van Huyck voudrait rappeler que la réduction des risques s'adresse à l'ensemble des usagers et concerne l'ensemble des produits qu'ils soient licites ou illicites.

La grande majorité des usagers n'ont pas de problèmes d'assuétudes. Les acteurs de terrains sont donc un peu inquiets de voir la problématique des drogues d'abord systématiquement reprise sous l'appellation « assuétudes ». Il serait plus juste de parler « d'usage de drogues et d'assuétudes ».

De la même manière, la problématique « assuétude » est reprise de plus en plus systématiquement dans le volet de la santé mentale, comme c'est le cas dans le plan santé bruxellois. Il semble également dangereux de systématiquement associer l'usage de produits à un problème de santé mentale.

En effet, il est important de prendre acte du constat que toute consommation n'est pas problématique, de ne pas traiter l'usage de drogue systématiquement du côté de la maladie, qu'elle soit physique ou mentale. Ceci entraverait le travail de Modus Vivendi avec la grande majorité de son public qui n'entre pas dans ces champs.

3. Discussion

Mme Zoé Genot (Ecolo) remercie les intervenants et se dit satisfaite de cette « mise à niveau » des commissaires sur le travail et les axes essentiels du Plan bruxellois pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Cette commissaire interroge les intervenantes sur l'opération « Stérifix ». Est-elle terminée ? Elle ajoute qu'on se rend compte que beaucoup de difficultés tournent autour de la reconnaissance du secteur (les acteurs de la réduction des risques et les acteurs transversaux de première ligne).

Et enfin, l'intervenante observe qu'il faudra évaluer l'impact de la compétence transférée de prévention et de l'évaluation du décret ambulatoire.

Mme Catherine Van Huyck (directrice de l'ASBL Modus Vivendi) répond que l'expérience « Stérifix » était financée par la Communauté française mais que le budget s'est rapidement vidé. Une demande a été introduite auprès du Gouvernement fédéral pour qu'un subside d'un euro soit accordé par pochette. Mais celui-ci n'a pas été obtenu.

En réponse à la question concernant le lien entre les acteurs de la réduction des risques et les acteurs transversaux, l'intervenante répond qu'en France ce lien fonctionne bien : les différents acteurs renvoient les usagers les uns vers les autres en fonction de la problématique à traiter.

Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowicz (FDF) remercie les invités pour cet exposé qui donne une cohérence d'ensemble aux visions parcellaires et demande s'il existe des « salles de shoot » à Bruxelles.

La commissaire fait observer encore que la ministre fédérale, Maggy De Block, a mis fin au dépistage du SIDA et notamment au dépistage non médicalisé.

Mme Catherine Van Huyck (directrice de l'ASBL Modus Vivendi) informe qu'il existe des salles de consommation notamment en Suisse, en Allemagne, au Grand-Duché de Luxembourg, en Espagne, en Australie et en France mais pas en Belgique.

En ce qui concerne le SIDA, la décision prise par la ministre fédérale est, à son estime, une véritable catastrophe. Il n'y a plus de financement.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) remercie également les invitées pour leur exposé et demande quels sont les besoins d'une association telle que Modus Vivendi en termes de budget (régional ou fédéral) à court terme (pour le travail de rue, le travail carcéral et les besoins en milieux festifs) et à long terme.

Mme Catherine Van Huyck (directrice de l'ASBL Modus Vivendi) répond que chaque action est détaillée dans le Plan mais que, par ailleurs, il est difficile de donner un chiffre global avant que les propositions ne soient étudiées. A titre d'exemple, l'intervenante cite les salles de consommation : une nouvelle salle doit-elle être construite ou une salle existante pourrait-elle être réaffectée ? Il faut également, dans les deux cas, prévoir une action d'évaluation.

C'est donc difficile de donner un chiffre global sans analyser les besoins et les possibilités poste par poste.

La présidente remercie les intervenantes d'avoir accepté l'invitation de la commission.

4. Approbation du rapport

La commission fait confiance à la présidente et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

La Rapporteuse,

Zoé GENOT

La Présidente,

Martine PAYFA