

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



19 juin 2013

---

SESSION ORDINAIRE 2012-2013

---

**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

par M. Jacques MOREL



## SOMMAIRE

1. Audition du Professeur, Isidore Pelc, chef honoraire du service de psychiatrie et de psychologie médicale à l'hôpital Brugman-ULB....	7
2. Audition de Catherine Van Huyck, directrice de l'ASBL Modus Vivendi.....	7
3. Audition de Christophe Marchand, directeur de la commission Drogues du Centre d'action laïque.....	11
4. Discussion .....	12
5. Audition de Pascale Jamouille, anthropologue, chargée de cours au laboratoire d'anthropologie de l'UCL et membre de l'équipe du Méridien.....	16
6. Audition de Jean-Louis Bara, président de l'association française SAFE .....	27
7. Audition de Frédérique Bartholeyns, directrice de l'ASBL Dune .....	28
8. Discussion .....	32
9. Audition de Muriel Goessens, directrice de l'ASBL Transit, accompagnée de Julien Fanelli, responsable du comptoir (LAIRR) .....	34
10. Audition de Ludovic Henrard, directeur de l'ASBL FEDITO bruxelloise .....	42
11. Discussion .....	50
12. Audition de Pascale Anceaux, directrice de l'ASBL Infor Drogues...	52
13. Audition de Miguel Rwubusisi, chargé de projets à l'ASBL Eurotox, Observatoire des drogues en Communauté française.....	56
14. Discussion .....	57
15. Recommandations .....	60
16. Approbation du rapport.....	63

*Ont participé aux travaux :* Mme Sfia Bouarfa, Mme Dominique Braeckman, Mme Danielle Caron, M. Bea Diallo (président), M. André du Bus de Warnaffe, Mme Anne-Charlotte d'Ursel, Mme Béatrice Fraiteur, Mme Anne Herscovici, M. Pierre Migisha, M. Jacques Morel, Mme Catherine Moureaux, Mme Martine Payfa, Mme Magali Plovie, Mme Olivia P'tito et Mme Jacqueline Rousseaux.

*Etait également présente :* Mme Dominique Maun (cabinet du ministre Benoît Cerexhe).



17. Annexes .....	64
Annexe 1 : Loi du 24 février 1921 (et ses modifications successives jusqu'en 2007) concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et de substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes ou psychotropes.....	64
Annexe 2 : Coût du matériel stérile d'injection en Région bruxelloise .	73
Annexe 3 : L'expérience française de la RdR par automates .....	74
Annexe 4 : Etude réalisée par Belspo et l'université de Gent .....	82
Annexe 5 : Références d'études proposées par l'ASBL Eurotox .....	96
Annexe 6 : Exemples d'alertes envoyées par Eurotox vers le système d'alerte précoce.....	97



Mesdames,  
Messieurs,

La commission de la Santé s'est réunie les 9 novembre 2011, 18 janvier, 15 février, 18 avril et 11 juillet 2012 et 19 juin 2013, afin de procéder à des auditions dans le cadre de la thématique de la réduction des risques liés à l'usage des drogues.

M. Jacques Morel a été désigné en qualité de rapporteur.

### **1. Audition du Professeur, Isidore Pelc, chef honoraire du service de psychiatrie et de psychologie médicale à l'hôpital Brugman-ULB**

En commençant son exposé, le professeur Pelc précise qu'il centrera ce dernier sur la question des possibilités de prévention et d'intervention précoce, qui sont, à son avis, les questions fondamentales, plutôt que sur la question des recommandations à donner aux consommateurs réguliers de drogues.

En effet, ces recommandations sont bien connues et font l'objet d'un large consensus dans les milieux médicaux et juridiques.

Le professeur Pelc précise également qu'il s'exprime à titre personnel.

Il revient, pour un mot encore, aux recommandations à faire au sujet des usagers réguliers de drogues : il faut travailler au mieux à la réduction des risques, qui peut être mise en œuvre via les produits de substitution, l'échange de seringues (dans les comptoirs par et via les bornes automatiques), le *pill testing* dans les lieux festifs, les chambres de *shooting* pour l'héroïne, et les stands d'information dans les événements et manifestations publics.

Quand la prévention a échoué, il faut en effet se tourner vers la réduction des risques, mais celle-ci doit être encadrée.

Le professeur Pelc en vient ensuite à la prévention qui doit intervenir selon lui, de manière précoce. Il précise d'emblée que la distinction entre drogue douce et drogue dure est aujourd'hui obsolète et que la dangerosité dépend de la manière dont l'utilisateur la consomme. C'est l'usage qui peut être dur ou doux.

L'intervenant explique que la douleur s'oublie, mais que le plaisir s'inscrit dans la mémoire biologique, et c'est ainsi que le plaisir des premières prises de drogues s'inscrit dans la mémoire.

Il fait observer également, que la drogue est liée à l'inhibition sociale (la difficulté de vivre dans le principe de réalité) et à l'impossibilité de faire face au stress et au mal être. Or dans la réalité, la sensation de bien-être est transitoire, elle n'est pas continue. Et c'est ce bien-être que recherche continuellement les usagers de drogues.

Mais au fil du temps l'usage devient abusif et le cerveau s'abîme. Et certains usagers doivent alors prendre des drogues dans le cadre de la réduction des risques et ensuite dans le cadre des soins palliatifs.

Le professeur Pelc insiste sur le fait que la meilleure prévention c'est de faire en sorte que les gens puissent avoir d'autres liens, d'autres supports : que l'existence prenne du sens. Or certaines familles sont en déshérence, certains milieux familiaux ne permettent pas le développement personnel.

Par ailleurs, l'intervenant estime que l'école ne peut plus se limiter à être une école de savoir. Le développement humain doit également y avoir sa place, de sorte que l'usage de drogues n'ait plus de sens. L'intervenant prône l'importance d'ateliers du bien-être, même si ceux-ci n'avaient pas été très bien perçus par les écoles belges dans les années quatre-vingt.

### **2. Audition de Catherine Van Huyck, directrice de l'ASBL Modus Vivendi**

La Réduction des risques. Avancées, Perspectives et Enjeux.

#### **Préambule**

**Mme Van Huyck a pris le parti ici de ne pas présenter en détails l'ensemble des projets de RdR mis en place par Modus Vivendi mais plutôt les enjeux auxquels il faut faire face de manière plus large.**

***Les stratégies de « Réduction des Risques (RdR) » visent à prévenir et limiter les risques sanitaires et sociaux liés aux consommations de drogues. En dépit des nombreuses vies épargnées et d'un large consensus sur la pertinence de ces actions, leur mise en place reste trop souvent entravée aux niveaux politique et judiciaire (op cit plate forme de RdR).***

Avant de parler des enjeux et perspectives de la réduction des risques Mme Van Huyck voudrait d'abord faire un bref aperçu de l'histoire de la réduction des risques en Communauté française de Belgique ainsi que des obstacles qu'elle rencontre. Pourquoi parler de la Communauté française au parlement franco-

phone bruxellois ? Car elle est persuadée que la situation doit être vue de manière globale. En effet, la réduction des risques concerne différents niveaux de compétences (fédéral, communautaires régionales et locaux) ainsi que différentes matières (santé, social, éducation permanente, justice, intérieur, etc.).

## Historique

Les premiers projets de réduction des risques ont tout d'abord été orientés vers le public des injecteurs de drogues. En effet en Belgique comme dans toute l'Europe, l'épidémie du sida fin des années 80 a obligé les intervenants spécialisés en toxicomanie à penser et à intervenir autrement. Ceux-ci ont à leur tour mobilisé et sensibilisé les pouvoirs politiques.

La mise en place de programmes d'échanges de seringues et la distribution de méthadone aux héroïnomanes permirent d'enrayer l'hécatombe chez ces usagers de drogues.

En Belgique, c'est en 1994 que les premiers comptoirs d'échanges de seringues voient le jour. En pharmacies à Liège grâce à la mobilisation de quelques pharmaciens pionniers et volontaires et à Bruxelles via le premier groupe d'auto-support belge : Citoyens comme les autres.

En 1994 a lieu également la conférence de consensus des traitements à la méthadone qui avalise officiellement les traitements de maintenance.

Dès l'origine une série de valeurs et de principes d'intervention ont guidé les programmes « RdR » : ne pas banaliser ni diaboliser l'usage de drogues, ne pas porter de jugement moral sur les consommations, reconnaître l'utilisateur comme un citoyen à part entière et favoriser sa responsabilisation, maintenir et améliorer sa santé physique et mentale, favoriser l'évolution des représentations sociales sur les usagers de drogues.

A partir de 1996 les premières interventions de réduction des risques en milieux festifs ont vu le jour.

La réduction des risques a élargi petit à petit son public et ses champs d'action : il ne s'agit plus ici uniquement de toucher les usagers de drogues par voie intraveineuse mais également des usagers de stimulants qui ne s'injectent pas. Non seulement les publics mais les thématiques sont élargies : du sida, elles sont passées à l'ensemble des risques infectieux liés à l'injection, à la prévention des overdoses, des *bad trip* etc. De plus la Réduction des risques sort du champ strictement sanitaire et s'attache également au champ social.

En 2000, un arrêté royal reconnaît et pose les bases pour la distribution de matériel stérile d'injection par l'ensemble des travailleurs sociaux. Cette disposition permettra d'élargir le terrain d'action de la RdR quant à l'injection.

En 2001 le *testing* de produits psychotropes est officiellement financé bien qu'il soit mis en place depuis 1998.

Et pourtant en 2001-2002, on freine ... Que se passe-t-il ?

## Les blocages

***La démarche de réduction des risques n'est pas encore suffisamment connue, comprise et reconnue comme une stratégie pertinente de santé publique.***

Et nous sommes forcés de constater que peu de cadres d'actions sont formalisés structurellement par les instances politiques pour faciliter le développement des partenariats et des projets de RdR dans ces secteurs.

En janvier 2001, dans la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue, le Gouvernement reconnaissait pour la première fois la réduction des risques comme une stratégie.

Parallèlement seules les actions de réduction des risques visant spécifiquement la prévention du sida ont été réglementées, et ce, de nombreuses années après leur mise en place. L'arrêté royal donnant un cadre légal à l'échange de seringues n'est paru que six ans après l'ouverture du premier comptoir d'échange. Idem pour les traitements de substitution. Quant au *testing*, même s'il est financé officiellement depuis 2001, le projet ne bénéficie toujours pas d'un cadre légal adéquat. Mais, réglementées ou non, et bien qu'elles soient explicitement reconnues, les actions de réduction des risques subissent fréquemment les ingérences du monde judiciaire et policier. Elles se développent ainsi dans un environnement très inconfortable qui les fragilise, au détriment de la santé de la population visée par ces actions.

Dans le même ordre d'idée, les pouvoirs des différents niveaux ne sont pas assez informés de l'intérêt des stratégies de réduction des risques, quelles perçoivent comme incitantes. Les autorités judiciaires partagent souvent cette opinion. Et une faible coordination entre les différentes instances participent à freiner le mouvement des actions de RdR.

Au niveau de la justice, la situation est d'autant plus inquiétante qu'il y a une ingérence dans des compé-



tences qui sont clairement de la responsabilité de la santé : on nous interdit de tenir un stand de réduction des risques lors d'une fête où l'organisateur nous a invités car « notre présence n'y est pas souhaitable », nous ne pouvons plus pratiquer de *testing* de pilule d'ecstasy car cela donne un « label de qualité » aux produits testés, de même certaines régions ont parfois dû limiter l'échange de seringues à cinq seringues maximum. Ces instructions sont transmises aux autorités de police qui interpellent toute personne en possession de plus de 5 seringues.

La justice ordonne, dirige non plus le cadre mais les actions elles-même. Elle nous dit comment nous devons travailler. Or nos objectifs diffèrent profondément. La justice a pour but que personne ne consomme puisque c'est interdit par la loi et ceci en vertu d'argument de santé publique, il faut bien le rappeler! La réduction des risques quant à elle ne vise pas l'abstinence mais le bien être de l'utilisateur, celui-ci pouvant passer par l'abstinence ou par une gestion de la consommation.

Le problème de l'absence de RdR en Prison est d'autant plus criant dans ce sens où la sécurité y prévaut le plus souvent sur la santé. Ainsi, aucune politique de RdR n'est mise en place en milieu carcéral alors que plus de 2/3 des détenus ont consommé au cours de leur vie et que plus d'1/3 consomment activement au cours de leur incarcération.

Les organisateurs d'événements festifs sont parfois encore frileux, craintifs voire hostiles à la présence d'organismes de réduction des risques dans leur festival. Il ne s'agit pas de position d'ordre idéologique mais bien d'ordre commercial et publicitaire.

De plus, l'ouverture des pratiques de réduction des risques a engendré des risques de récupération : tout le monde fait de la réduction des risques mais sommes-nous bien d'accord ? Réduction de quels risques : ceux que court l'utilisateur ou bien les nuisances sociales que l'usage peut engendrer ? Qui engendre les nuisances, l'utilisateur ou la prohibition ? Le concept, revendiqué par tous, de « réduction des risques » ne fait pas l'unanimité dans sa définition.

Dans ce cadre quels sont les enjeux et perspectives ?

### 1. Lancer un vrai débat dans la société civile

L'ouverture à d'autres publics que les injecteurs ou à d'autres problématiques que la toxicomanie liée à l'usage d'héroïne ne sont pas toujours bien acceptées. C'est comme si, d'une certaine manière, on ne pouvait accepter le discours pragmatique de la réduction des risques que lorsqu'il y a danger de mort, urgence ... encore faut-il que celle-ci soit prouvée,

reconnue et pose un problème public visible, c'est-à-dire ait atteint des proportions limites.

Ceci est assez paradoxal car nous fonctionnons en santé publique sur la notion de promotion de la santé ... concept qui tient compte de la notion de bien-être pour l'individu. Mais dès qu'il s'agit de drogues il y a comme une impossibilité à adapter les principes (respect des droits de l'homme, éthique de la responsabilité, démocratie ...) à la réalité.

Il faut donc lancer un vrai débat avec la société civile, l'opinion publique sur ce qu'est la RdR et ce qu'elle n'est pas. Ce débat doit être porté par les associations mais également par le monde politique.

Les moyens : la plate-forme de la RdR composée des fédérations des intervenants en toxicomanie des Régions wallonne et BXL, du CAL, de la Ligue des droits de l'homme et de la Liaison Antiprohibitionniste et coordonnée par *modus vivendi*. Cette plate-forme est l'auteur d'une charte de la RdR que je vous invite à lire et ... mieux à y adhérer si vous le désirez.

Cette plate-forme a également rédigé une proposition de modification de la loi de 1921 qui vise à permettre la mise en place d'actions de RdR.

### 2. Étendre encore et toujours les actions de RdR : pousser la cohérence des actions

De trop nombreux projets ne peuvent encore voir le jour. A titre d'exemple :

- les salles d'accompagnement à l'injection;
- le *testing* pour l'ensemble des consommateurs et non uniquement en milieu festif;
- la réduction des risques liés au dopage;
- un vrai plan de RdR en prison.

Cela ne peut se faire que si un plan large de RdR est mis en place et soutenu par l'ensemble des acteurs et des politiques, que ce plan soit transversal car si nous agissons dans le cadre de la PS nous ne pouvons nous limiter aux risques sanitaires. Il semble que cela soit en bon chantier sur Bruxelles et nous nous en réjouissons.

### 3. La RdR doit enfin être reconnue à part entière et financée comme telle. Il faut ABSOLUMENT une reconnaissance structurelle de la RdR.

En Belgique qui finance la RdR, à quel niveau de compétences ?

En région bruxelloise, la COCOF soutient de nombreux projets de RdR mais celle-ci n'a pas une place en tant que telle dans les décrets, les missions étant le plus souvent liées aux soins ce qui pose problème dans l'adaptation des spécificités de la RdR (aller dans les milieux de vie, travail basé sur l'anonymat ...).

#### 4. Avoir un débat sur la criminalisation des usagers de drogues et la précarité qui y est liée

Arrêtons nous un instant sur la question de la prohibition et de ces impacts pour la personnes consommant des drogues prohibées.

La loi belge de 1921, révisée en 1975 et 2003, établit une liste de produits considérés comme stupéfiants. Hormis certaines exceptions médicales, ces produits sont frappés d'une interdiction (production, détention, vente). Sont notamment repris : cocaïne, héroïne, amphétamines, ecstasy, l'usage détourné des médicaments, cannabis, LSD, champignons psychotropes. L'alcool et le tabac sont légaux mais leur vente est soumise à condition. Le cannabis fait l'objet d'une tolérance relative, définie par la directive du 1<sup>er</sup> février 2005. Il est à noter que d'autres produits psychotropes tels que les solvants ne sont pas frappés d'interdiction mais font l'objet d'un usage détourné.

Les usagers de drogues, parce qu'ils consomment des drogues illégales sont « hors la loi ». Cette « sortie du cadre » ôte-t-elle les droits aux protections sur l'ensemble de celui-ci ? La personne est réduite toute entière à un acte, une pratique, un statut, celui d'illégal.

Dans ce contexte, les usagers de drogues par injection sont particulièrement vulnérables. Cette vulnérabilité est en grande partie liée à la stigmatisation de ces publics et de ces pratiques. Lorsque nous les interrogeons sur leurs trajectoires, leur prise de risques et les facteurs qui les engendrent, nous sommes frappés de constater la violence institutionnelle que ces personnes subissent.

L'impunité qu'on nous reproche souvent de demander pour ces publics n'est elle pas une réponse à l'impunité face aux violences et aux non respects des droits dont ils sont souvent victimes ?

L'image que la personne se fait d'elle-même est largement construite à travers le regard des autres. Le rejet de l'entourage, le harcèlement judiciaire, les violences quotidiennes de la rue, l'exil, contribuent à la marginalisation et la stigmatisation des personnes considérées comme « déviantes » avec et pour lesquels nous travaillons. L'état d'urgence perpétuel engendre une insécurité. Dans ce contexte, nous

sommes forcés de constater que le non accès aux droits fondamentaux (logement, santé emploi ...) augmentent encore l'insécurité. La précarité renforce la prise de risques qui renforce la stigmatisation et l'exclusion.

Quotidiennement nous devons expérimenter (au dépend de nos publics) que les actions de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues buttent contre un cadre qui se révèle exhausteur de risques. Tant que les produits et les personnes qui les consomment resteront illégaux, comment pourrions-nous développer des actions réellement efficaces et cohérentes avec des publics qui sont aujourd'hui poussés à la clandestinité en raison d'un usage de produits, peu importe le produit ? Les usagers deviennent un groupe caché, organisant socialement une clandestinité qui les éloignent d'une connaissance objective des produits, des informations permettant de limiter les risques liés à leur usage et les écartent des circuits de soins traditionnels (je ne parle pas ici du secteur spécialisé en assuétudes) toujours fondés sur des valeurs moralisatrices dans lesquelles ils ne se retrouvent pas.

Pourtant la déclaration de Vienne de 1993 admise par l'Assemblée générale des Nations Unies déclare « La réflexion à l'échelle européenne pointe depuis près de dix ans, l'impératif de redonner une place à ces publics, et pas seulement de leur adresser des politiques spécifiques médicales ou répressives. Tant qu'ils seront indésirables dans les hôpitaux généraux, dans l'action sociale ou dans les circuits d'insertion, tant qu'ils subiront les effets du processus conjoint de précarisation et de criminalisation, en oscillant entre la rue et la prison, l'effet des actions dans leur direction restera éphémère. ».

A nouveau, c'est la cohérence de l'action publique dont la RdR est un axe à part entière qui pose question.

#### 5. Développer les pratiques participatives

Si la RdR a vu le jour c'est grâce à une alliance et un travail commun des professionnels et des usagers en dépit du statut illégal de certains de leurs comportements. Comme tout individu, l'usager de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect. Pour autant que les moyens leur en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, peuvent être acteurs de la société et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il n'y aurait, par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation responsable des usagers de drogues.

Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation.

Comme le dit Hannah Arendt : « *c'est la possibilité d'action qui fait de l'homme un être politique; elle lui permet d'entrer en contact avec ses semblables, d'agir de concert, de poursuivre des buts et de forger des entreprises* ».

L'enjeu principal est donc de taille, puisqu'il s'agit pour l'ensemble des acteurs de la RdR (travailleurs, consommateurs de drogues, politiciens, scientifiques ...) de participer à façonner ensemble leur monde commun, de se donner les moyens d'être des êtres politiques, parce qu'une société sans drogue n'existe pas et que dans ce contexte réduire les risques liés aux pratiques semble une option des plus pragmatique et éthique.

### **3. Audition de Christophe Marchand, directeur de la commission Drogues du Centre d'action laïque**

M. Marchand commence son intervention à partir de la question : pourquoi le Centre d'action laïque (CAL) s'est-il intéressé à la problématique de la réduction des risques ?

Le CAL y a vu une similarité avec le combat de la dépénalisation de l'avortement. En effet vouloir « tester » un produit, n'est pas une position neutre. Mais le CAL estime que l'intromission du « pouvoir répressif » et du pouvoir judiciaire qui vient influencer la mission médicale, est une attitude contre-productive et qui génère de la marginalisation.

Le CAL travaille sur la problématique de la réduction des risques depuis une quinzaine d'années. Son objectif est d'aller vers une meilleure politique de santé publique, vers une meilleure conformité des textes juridiques à la réalité scientifique.

D'après M. Marchand, le cadre juridique est une véritable capharnaüm, un véritable fouillis.

L'incrimination de la « détention » de substances soporifiques et de stupéfiants a pour conséquences que l'usage, en tant que tel, de ces produits, est poursuivi par le Ministère public, et condamné par les Tribunaux correctionnels. La Plate-forme de réduction

des risques considère la problématique des drogues comme une question de santé publique.

Elle estime qu'il est contre-productif de criminaliser les usagers de la drogue. En effet, la prévention de l'usage des drogues ou l'assistance des usagers problématiques est entravée par cette criminalisation, qui a pour conséquence d'augmenter la marginalisation et la stigmatisation dont souffrent déjà certains des usagers de la drogue.

La convention internationale de 1989, dernière convention issue des lobbys américains est basée sur le principe du plaisir interdit et la prohibition qui en découle. Cette idéologie est en contradiction avec les textes d'aujourd'hui, relatifs à la définition de la santé et à la protection de la vie privée.

La législation est d'exception et toujours faite dans l'urgence. De surcroît, on est aujourd'hui face non seulement à la législation fédérale mais également aux législations communautaires et régionales ainsi qu'à la législation européenne.

La loi fondatrice date de 1921, loi faite déjà dans l'urgence face au phénomène de l'usage de la drogue. Il s'agit d'une loi courte, d'exception qui fixe les peines et donne le pouvoir au gouvernement. C'est la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiants et psychotropes.

Les traitements de substitution sont réglés par l'AR du 19 mars 2004.

En 1975, la loi élargit les voies du sursis.

Et en 2003, c'est la dépénalisation du cannabis à des fins d'usage personnel (fabrication, transport et culture). C'est la fin du mot d'ordre « réprimer toujours plus ». La détention de cannabis reste punissable mais seulement d'une amende de 15 à 25 €.

Toutefois, la Plate-forme de réduction des risques liés à l'usage de drogues, composée de la FEDITO (Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes), de l'ASBL Modus Vivendi, du CAL, de la Ligue des droits de l'homme et de la Ligue antiprohibitionniste, estime que la situation actuelle est encore inacceptable et souhaite que la loi soit modifiée.

Le groupe de réflexion de la Plate-forme souhaite que soit inséré à l'article 2bis, § 1<sup>er</sup>, de la loi de 1921, sur le modèle de l'article 350, alinéa 2 du Code pénal, réglementant l'avortement, un second alinéa qui dispose : « Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque toute personne a acquis, transporté ou détenu la

substance visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, en vue de sa consommation personnelle ».

Le groupe de réflexion souhaite également modifier l'article 3 de la loi du 24 février 1921, quant à l'incrimination de « faciliter à autrui » l'usage de drogue. En effet, cette incrimination constitue un frein ou un empêchement au travail des professionnels de la prévention ou de l'assistance en matière de réduction des risques liés à l'usage des drogues.

La modification proposée est d'ajouter un alinéa disposant : « Ne sont pas soumis à l'application du premier alinéa, dans le cadre de leurs activités professionnelles, les intervenants d'associations sans but lucratif qui font l'objet d'un agrément et/ou sont mandatées par les autorités compétentes au niveau communal, provincial, régional, communautaire et fédéral, en matière de santé, de la promotion de celle-ci, de la santé mentale, ou des affaires sociales ».

Concernant le traitement et les produits de substitution, dont la notion est largement définie par la loi de 1921, le groupe de réflexion souhaite que l'article 4 soit libellé comme suit : « Les médicaments de substitution sont : la méthadone, la buprénorphine et l'héroïne ».

M. Marchand fait observer que la structure existante pour cette matière est la Cellule de politique de santé fédérale et que le pouvoir fédéral a signé un accord de coopération avec les entités fédérées.

Il estime qu'il faut casser le monopole du pouvoir fédéral dans ce domaine, et ouvrir le carcan international.

#### 4. Discussion

**Mme Danielle Caron (cdH)** pense qu'il faudrait faire plus de prévention aussi bien vers les familles, que l'école, que la rue.

Elle revient ensuite aux problèmes de drogues et de réduction des risques dans les prisons pour constater qu'en Suisse, en Allemagne et en Espagne les choses bougent. La commissaire demande aux invités si les services pour les toxicomanes ont des difficultés à accéder aux prisons.

L'intervenante souhaite savoir également si l'augmentation de la criminalité à Bruxelles a un lien avec la toxicomanie ?

**Mme Jacqueline Rousseaux (MR)** interroge les experts sur la proportion de ceux qui restent dans la drogue et des autres, et sur l'avenir des personnes droguées.

Elle souhaite savoir également depuis quand l'accompagnement a été mis en place, et quels sont les résultats de ce travail. Combien de temps dure-t-il et y a-t-il une évaluation du travail d'accompagnement ?

La commissaire fait ensuite observer que le phénomène semble s'intensifier et se demande pourquoi : est-ce un problème sociétal global, est-ce la facilité à trouver des drogues sans être sanctionné ?

L'intervenante souhaite encore savoir quels sont les résultats des législations française, luxembourgeoise ou des Pays-Bas ?

**Mme Anne-Charlotte d'Ursel (MR)** demande s'il y a une réelle augmentation ou si la consommation de drogues reste stable, et est-ce qu'au-dessous de 18 ans, la législation est claire mais les règles floues. Cette législation devrait-elle être modifiée ?

L'intervenante interroge aussi les invités sur la pertinence de la notion de drogue dure et drogue douce, et évoque l'association STOP DROGUE qui crée des liens entre les personnes et propose autre chose.

Elle évoque ensuite le « statut » des personnes droguées que d'aucuns considèrent comme des malades, mais que la justice sanctionne.

Pour ceux qui restent « accros », où en sont les traitements et particulièrement ceux qui permettent le sevrage ?

Et enfin, Mme d'Ursel pose la question de savoir s'il est pertinent de prévenir les enfants et à quel âge, et si l'« éducation » par les pairs peut fonctionner.

**Le professeur Isidore Pelc (chef honoraire du service de psychiatrie et de psychologie médicale à l'hôpital Brugman-ULB)** rappelle, qu'au sujet des usagers de drogues, il faut abandonner beaucoup d'*a priori*. Cette problématique se situe en effet au carrefour de la biologie, de la psychologie et du social. Les jeunes usagers n'aboutissent pas tous aux mêmes résultats : cela dépend surtout de leur entourage. Il faut donc se garder de généraliser.

Parmi les personnes droguées qui arrivent en hôpital psychiatrique les deux tiers sont de gros consommateurs. Il s'agit d'une maladie particulière qui s'installe durant de longues années.

Pour répondre à la question de savoir s'il faut parler de drogues aux jeunes, le professeur Pelc estime qu'il faut leur parler de bien-être, et de l'absence de bien-être. Il faut leur demander comment ils se sentent et s'il y a des gens qui s'occupent d'eux.

Car il faut avoir conscience que, sans jeter l'opprobre sur les parents, beaucoup de famille sont « déjantées ». Il faut dès lors considérer les enfants et les jeunes, et les troubles de comportement dans leur contexte.

Il évoque les « consultations cannabis » pour expliquer que les jeunes qui les fréquentent ne viennent pas vraiment de leur plein gré, mais avec leurs familles et des amis.

Pour répondre aux questions sur les statistiques de sevrage, le professeur Pelc dit qu'il n'y a rien d'officiel et que les infos sont glanées par les professionnels dans les études. Il souligne encore que les hôpitaux privés ne sont pas repris dans les statistiques.

Revenant aux chiffres, l'intervenant estime qu'il y a environ 20.000 usagers lourds pour le pays, et 2.000 à 3.000 pour Bruxelles, mais qu'il n'existe pas de statistiques fiables.

Peut-on dire que le phénomène s'amplifie ? Il y a moins de consommation d'héroïne, mais plus de cocaïne et de cannabis. C'est un problème de société et de précarité sociale.

Pour ce qui concerne les chiffres de consommateurs dans les prisons, on ne sait pas puisqu'on en parle pas. Dans les hôpitaux, il n'est pas facile non plus de chiffrer le phénomène.

En ce qui concerne le temps de soin, le professeur Pelc ne peut que dire que c'est très long, au moins trois à cinq ans dans le cadre d'un suivi régulier si le consommateur est soutenu par son entourage. La drogue vient remplir un trou béant et après de longues années de consommation le cerveau change.

L'intervenant souligne que la Belgique est bien équipée en centres spécialisés, mais que les choses se passent moins bien dans les hôpitaux généraux.

Il précise encore que le sevrage biologique ne pose pas de problèmes, mais que la difficulté réside dans le sevrage psychologique et dans le changement de vie qui doit intervenir. Il faut en quelque sorte « revenir sur terre » après toute une existence droguée. Et pour cela, la famille doit pouvoir sentir la douleur de quelqu'un d'autre.

**Mme Catherine Van Huyck** revient aux législations allemandes, luxembourgeoises et des Pays-bas pour dire qu'elles permettent les échanges de seringues en prison, contrairement à la Belgique et à la France, où le traitement de substitution peut parfois continuer en prison, mais pas commencer.

Mme Van Huyck continue son intervention sur les résultats. Tout dépend de ce que l'on désire mesurer, quel est l'objectif : si l'objectif est uniquement l'abstinence totale et durable ou une amélioration de la situation générale de la personne (social, psychologique, familiale ...). Si pour mesurer la prise en charge des personnes dépendantes via les traitements (de substitution ou non), l'on tient compte uniquement du pourcentage de personnes qui arrêtent de consommer toute drogue de manière durable ce n'est pas énorme. Néanmoins une reprise de la vie sociale, une meilleure insertion, une amélioration du bien-être, ainsi que de la santé de manière globales est un effet mesurable et prouvé des prises en charge.

Il faudrait cependant rassembler les données de prévalence globales pour trouver les bonnes questions. A titre d'exemple, l'échange de seringues et les traitements de substitution font baisser la prévalence du sida, mais pas celle de l'hépatite car le matériel nécessaire pour cela n'est pas disponible faute de moyens.

Au sujet des mineurs, l'intervenante estime que la consommation doit rester interdite dans les écoles, mais qu'il faut recevoir un mineur consommateur qui se présente dans un comptoir de réduction des risques.

Elle insiste sur le fait que la réduction des risques ne concerne pas que les personnes dépendantes, mais doit être présente de façon générale (conduite automobile, préservatifs, grossesses ...). Il faut informer sur la gravité des risques, on ne peut pas laisser les consommateurs se débrouiller tout seuls.

**M. Christophe Marchand** revient sur la législation des Pays-Bas : en effet les coffee-shop ne sont pas tout à fait réglementés, puisque le cannabis ne peut y arriver que via des circuits criminels. L'objectif était de scinder le marché, mais finalement cela ne change pas grand chose. Il ne faut pas minimiser non plus les « modes », les crises, le contexte social.

Il est très difficile d'avoir une politique de drogues efficace, et de plus les interdictions pénales ne changent pas les raisons de se droguer. De surcroît, l'interdit pénal ne doit pas se confondre avec l'interdit familial ou social. Au sein de l'école, c'est l'interdit social qui prévaut. En effet, « trop de pénal » dévalorise la force de l'interdit pénal.

L'intervenant insiste sur le fait que la drogue touche à la manière dont on vit en société. Il faut être innovant, se poser les bonnes questions dans cette problématique qui est complexe. Et il faut un maximum de types d'intervention. M. Marchand estime que le droit ne doit pas aller vers plus de discrimination.

**M. Jacques Morel (Ecolo)** fait observer qu'on est dans un temps d'évidence, mais que la résistance culturelle et idéologique reste très forte et empêche l'évidence d'apparaître. La résistance est liée aussi, pense-t-il, au fait de la confrontation des acteurs sociaux à un sentiment d'impuissance. En effet la puissance des professionnels, parentale et sociétale a ses limites, ce qui devrait « percoler » avec les politiques et la formation des personnels.

Il s'agit d'un secteur qui reste très spécialisé (associations d'aide aux toxicomanes et hôpitaux) et qui ne connaît pas suffisamment le mode ambulatoire et entre peu dans le cadre des services sociaux.

D'un point de vue législatif, qui est en fait concerné par cette problématique ? Le centre de lutte contre les conduites addictives (CLCA) à un moment donné et d'autres expériences, notamment à Paris dans le quartier de la Goutte-d'Or.

M. Morel se demande s'il y a un réel souci de promouvoir l'approche communautaire.

**Mme Catherine Moureaux (PS)** s'interroge, dans le cadre législatif, sur la législation au Portugal. Elle semble avoir montré son efficacité. La commissaire insiste sur la distinction qu'il faut établir entre l'abstinence et la réduction des risques et s'interroge sur le rôle de l'interdiction dans l'évolution des pratiques. Et sur les résultats dans les situations de prohibitionnisme.

**Mme Béatrice Fraiteur (FDF)** souhaite des informations complémentaires sur le fonctionnement du *testing* des pilules et le résultat escompté, et demande aux experts quelles sont les résistances qu'ils perçoivent ?

La commissaire revient à la notion de « modes » : y a-t-il toujours de nouveaux produits ou s'agit-il d'un déplacement de la consommation ou des consommateurs eux-mêmes ? Et les produits contiennent-ils toujours les mêmes composantes ?

**Mme Anne Herscovici (Ecolo)** a le sentiment que la Plate-forme est une structure où l'on reste entre spécialistes. Quels sont les contacts avec le secteur social et notamment les CPAS, quelle information thérapeutique donne-t-elle, alors que concrètement une personne peut se faire exclure du chômage si elle n'entreprend pas un traitement. La commissaire estime qu'un travail d'information doit se faire auprès des acteurs sociaux.

L'intervenante demande encore s'il existent des statistiques venant des parquets et des tribunaux sur le nombre de personnes vraiment poursuivies ?

Concernant les nouveaux produits, Mme Herscovici pense qu'en réalité tout est bon pour « faire de l'argent » (le casino en est une autre preuve).

**Mme Olivia P'Tito (PS)** pense qu'il faut engager un « débat citoyen » sur la santé. Et c'est ce que fait la commissaire en organisant ces auditions qui mettent les assuétudes au cœur du Parlement francophone bruxellois. Celui-ci peut en effet soutenir les initiatives et être attentif à leur suivi.

Concrètement, l'intervenante pense qu'il faut faciliter les *testing* (c'est encore trop compliqué d'obtenir les autorisations) et lever les tabous qui pèsent sur ce type d'action.

Si la norme est fondamentale, il n'en faut pas moins arrêter de gérer les problèmes au seul niveau judiciaire. Chaque ministre peut jouer un rôle dans le cadre de la réduction des risques, et il faut de la transversalité. Le mieux est donc de partir des associations pour amplifier les politiques menées.

Quant aux écoles, quel y est le rôle de chacun et notamment des enseignants ? Il faut veiller à ne pas créer de confusion dans les rôles.

L'intervenante souligne encore que dans le secteur de l'insertion socio-professionnelle les difficultés sont également réelles : beaucoup de personnes dépendantes sont quand même en insertion professionnelle. Faudrait-il se résoudre à refuser certaines demandes ?

**M. Bea Diallo (président)** revient à l'exposé d'Isidore Pelc et à ses constatations pour lui demander si le mieux-être est réel. Il serait mieux, selon le professeur Pelc de parler aux jeunes de bien-être, de révoltes, de frustration plutôt que de drogues. Et concernant les prisonniers ? On sait qu'un tiers d'entre-eux prennent des drogues. Quels types de drogues ?

Le président évoque ensuite le milieu du sport, puisque c'est un domaine qu'il connaît et dans lequel il agit. Les jeunes qui consomment des produits prennent essentiellement du cannabis. Mais cette consommation ouvre-t-elle le passage vers d'autres produits ? Cinq pour cent correspondent-ils à la réalité ? Et une relative tolérance mène-t-elle vers des abus ?

L'intervenant demande s'il existe un type d'accompagnement par le sport, notamment pour les jeunes qui sortent de l'hôpital psychiatrique et qui doivent être suivis pour ne pas se retrouver en situation de précarité ou en prison.

Le président fait encore observer qu'il a à cœur d'élargir le label « *quality nights* » pour que tous les

publics puissent rentrer dans les soirées et les boîtes de nuit.

A Mme Herscovici, **Mme Catherine Van Huyck (directrice de l'ASBL Modus Vivendi)** répond qu'elle ne trouve pas que le secteur de la réduction des risques soit si spécialisé, mais qu'au contraire il est très varié : il comprend des AMO (aide en milieu ouvert), des services culturels, Infor Jeunes ...

Les services très spécifiques sont en effet offerts par l'ASBL DUNE et Modus Vivendi.

Pour ce qui concerne les CPAS, il existe des lieux où sont reçus les usagers de drogues. Il s'agit là d'un travail de prévention en lien avec le précarité. Cela étant dit, un énorme travail reste à faire avec les CPAS qui semblent, dans le cadre de la problématique des assuétudes, encore fort régis par le contrôle et la répression sociale. Et cela reste une question que de savoir s'il faudrait mettre en place un réseau d'accompagnants sociaux. Il existe déjà des permanences chez ENADEN, LAMA, Infor-Drogues, mais les professionnels manquent cruellement de temps. L'intervenante conclut à ce sujet en disant qu'il est important que la réduction des risques soit sociale et sanitaire.

Pour ce qui est de l'approche communautaire, et pour répondre à la remarque de M. Morel, Mme Van Huyck informe les commissaires qu'il n'y a plus de groupe de support. Peut-être quelque chose est-il à imaginer dans le cadre de « projets boule de neige », participatifs. Pour les actions « FIESTA » par exemple, les équipes sont formées d'un professionnel et d'un usager. Des contacts entre DUNE et LAMA seraient intéressants pour l'évaluation des besoins, ainsi sans doute que des contacts entre les pouvoirs judiciaires et les usagers.

Mme Van Huyck en vient ensuite aux problèmes de la consommation en prison. Le monitoring de la santé, réalisé par le ministère de la Justice et l'ASBL Modus Vivendi, révèle qu'un tiers des prisonniers consomme en prison. En réponse à la question sur les types de drogues consommées, il s'agit principalement d'héroïne (qui est la plus facilement transportable), mais tous les autres produits y sont consommés, dont notamment toute la famille des antidépresseurs.

Revenant sur le label « *quality nights* » mis en avant par le président de la commission, l'intervenante répond que l'élargissement du label, évoqué plus haut, ne répondrait qu'à une partie des besoins. En effet, le label *Quality Nights* est une partie d'un dispositif plus complet. Le label ne concerne pas que les discothèques, ce qui fait sa richesse est également la diversité des lieux qui y adhèrent. L'important, à ses yeux, est que ce label soit mis en œuvre par des lieux culturels

aussi divers que le Recyclart, les Halles de Schaerbeek, le centre culturel du Botanique et le Magasin 4 mais aussi le You, les jeux d'hiver, etc.

En réponse aux questions concrètes sur l'analyse des produits consommés (*testing*), Mme van Huyck répond, qu'en ce qui concerne Modus Vivendi, l'usager doit se rendre sur les lieux de l'ASBL (lieu fixe donc) avec son produit. Deux types d'analyses sont alors proposées : d'une part une analyse qui permet, en une heure, de détecter les types de psychotropes contenus dans la pilule (mais pas les proportions des produits), et d'autre part une analyse qui demande une semaine et donne les résultats tant quantitatifs que qualitatifs.

De façon plus générale, les produits présents sur les « marchés » sont testés par les parquets en cas de décès, mais ceux-ci ne communiquent pas toujours ni rapidement les résultats aux responsables sanitaires.

Il s'agit pour beaucoup de produits interdits, et il n'est pas aisé de savoir lesquels sont désirés, lesquels sont achetés. Par ailleurs, quels que soient les produits, les conséquences sur les usagers dépendent aussi beaucoup de leur manière de consommer. En réalité le mode de consommation est aussi déterminant que la composition du produit.

Le professeur Isidore Pelc évoque le « *warning system* », le système d'alerte précoce. Compte tenu du fait qu'il existe de plus en plus de laboratoires clandestins et un accroissement des ventes de produits par internet, il est de moins en moins aisé de repérer et d'analyser les « nouveaux » produits, dans la mesure où les seuls produits visés par la législation sont repris sur une liste de produits interdits. Or cette liste ne peut pas évoluer au rythme de l'évolution des produits introduits sur le « marché ».

Le professeur Pelc pense qu'il serait dès lors plus judicieux d'élaborer une liste qui se baserait sur l'action générique des produits et faire ainsi de grandes catégories de type morphinique, cannabinoïde ... Il confirme néanmoins les propos de l'intervenante précédente, à savoir que le mode de consommation est aussi important que la composition des produits.

L'intervenant insiste sur la nécessité, parallèlement au travail de terrain, de réaliser des études sur les législations internationales. En effet, tous les pays connaissent finalement les mêmes prévalences de drogues.

Le professeur Pelc insiste encore sur la nécessité de ne pas confondre les différents rôles de intervenants dans cette problématique : l'autorité légale n'est ni l'autorité médicale, ou l'autorité familiale, ou l'auto-

rité sociale. Un juge seul ne peut représenter tous ces types d'autorité.

A M. Morel, l'intervenant répond qu'en effet plus il y a d'intervenants dans cette problématique, mieux c'est. Les lois ne sont pas la panacée. Il faut viser l'éducation au bien-être.

En réponse au président de la commission, le professeur Pelc répond que les réponses doivent être différentes de celles données à d'autres pathologies. Il évoque les soins palliatifs dans le cadre de l'usage de drogues et reconnaît une certaine impuissance professionnelle. Il pense dès lors que tous les moyens doivent être utilisés en ce compris le sport.

L'intervenant revient sur le fait que les personnes droguées ne sont pas trop bien reçues dans les centres de santé mentale qui ont d'autres patients et d'autres pathologies à soigner.

Il insiste aussi sur le fait que les usagers de drogues ne peuvent répondre aux exigences sociales et rappelle que la Maison d'accueil socio-sanitaire a connu un grand succès parce qu'elle privilégiait la rencontre. Face à une « situation déjantée », il faut aussi « déjancer » quelque peu l'organisation des services. Les médecins généralistes, quant à eux, manquent de temps.

Pour ce qui est des coûts de l'usage des drogues, c'est la justice (le contrôle donc) qui paie l'écot le plus cher. Viennent ensuite l'accueil et les soins et en troisième place, la prévention. Pour ce qui est de l'accompagnement, les heures ne sont pas répertoriées dans cette comptabilité. Mais de toute façon, insiste le professeur Pelc, il n'existe pas de bonne prévention qui soit acceptée par la société, qui n'y est pas prête.

Le rôle des enseignants ? L'intervenant estime qu'ils doivent organiser des activités de détente et de relaxation.

En ce qui concerne les CPAS et les injonctions thérapeutiques, tout dépend de la manière de les faire. On ne peut poser des exigences qu'au départ de ce qu'un individu est capable de faire.

Le sport ? C'est bien, comme toutes les passions, mais le problème est de les susciter.

Pour répondre aux interrogations sur la tolérance, l'intervenant pense qu'il faut être simplement réaliste. Le « mieux-être » est un sentiment subjectif, et la drogue est une réponse pour certains dans les débuts de la consommation. C'est une réalité intime, irrationnelle.

**M. Christophe Marchand (directeur de la commission Drogues du Centre d'action laïque)**, revient à l'évolution législative en matière de consommation et de réduction des risques. La commission santé a certes des compétences propres, mais la drogue est un sujet qui déborde sur d'autres domaines. La question essentielle est : quelle est la marge de manœuvre du pouvoir fédéral et des entités fédérées par rapport aux traités internationaux ? Faut-il ou ne faut-il pas de coffee-shop, par exemple.

Au Portugal, autre exemple, l'usage de drogues est dépénalisé, mais les commissions administratives travaillent sans cadre légal (celui-ci débouchant logiquement sur un procès).

Il faut une ligne transversale, insiste M. Marchand, mais il reste la peur : celle des conventions, celle de créer un incident diplomatique, celle d'aller contre l'opinion publique ... Mais ceux qui ont accumulé une connaissance et une pratique n'ont pas peur.

## **5. Audition de Pascale Jamouille, anthropologue, chargée de cours au laboratoire d'anthropologie de l'UCL et membre de l'équipe du Méridien**

### **« Adolescences en exil**

Pascale Jamouille, Docteur en anthropologie (SSM Le Méridien/Laboratoire d'anthropologie prospective/UCL) et responsable du Certificat universitaire de formation continue « Santé mentale en contexte social : précarité et multiculturalité » : <http://www.uclouvain.be/formation-continue-mentale>.

Ces deux dernières années, nous avons mené une enquête de terrain, auprès d'adolescents bruxellois, issus des immigrations anciennes ou récentes, qui évoluent dans des environnements marqués par la précarisation. Nous avons recueilli leurs expériences de la ville, le sens qu'ils donnent à « l'ethnisation » de leurs mondes scolaires, de leurs quartiers et de leurs groupes de pairs.

Notre utilisation des termes « ethnique » ou « ethnisation » ne fait aucunement référence à une ethnie traditionnelle. Elle désigne une expérience sociale de désignation comme étranger et de discrimination subie. C'est donc de la condition des jeunes migrants ou de familles immigrées dont nous parlerons ici. Même si leurs histoires migratoires sont très différentes, ils grandissent dans des quartiers d'exil, qui se « ghettoïsent », où ils subissent des rejets, des disqualifications de la langue ou de la culture d'origine de leurs familles, des discriminations sociales et ethno-raciales cumulatives. Beaucoup fréquentent des écoles de



relégation, dites « pour Marocains », « pour Turcs » ou « pour étrangers ». Quelle que soit la culture d'origine de leur famille, quand les enfants d'immigrés ont ce type de vécu, la colère et le sentiment d'exil peuvent tisser leur identité sociale.

Notre enquête a donné lieu à un ouvrage, intitulé « Adolescences en exil » (Jamouille, Mazzocchetti, 2011). D'une part, la notion d'exil renvoie ici à l'adolescence elle-même. Récemment projetés hors de l'enfance, étrangers à leur propre corps, les adolescents vivent une période clé de transformation rapide de leur identité sexuelle et subjective (Quentel, 2004). D'autre part, les enfants de familles immigrées et les adolescents migrants que nous avons rencontrés se construisent avec un sentiment d'« étrangéité » supplémentaire. Bien que Belges, et nés ici, des jeunes issus de l'immigration continuent à être construits et désignés comme des étrangers. Quant aux adolescents migrants, ils se découvrent étrangers en arrivant à Bruxelles. Ils vivent cette expérience étrange de la séparation avec l'environnement familial et les référents culturels d'origine.

### 1. Méthode : Une ethnographie adaptée, discursive, inventive et transdisciplinaire

Notre démarche de recherche est née d'un partenariat entre deux ethnologues (Jacinthe Mazzocchetti et moi-même) et des cliniciens du groupe adolescence du Service de Santé mentale Le Méridien, spécialisés dans « la clinique de l'exil », où je travaille également.

Afin de nous rapprocher de ces « adolescents en exil » et des adultes en contact avec eux, nous avons varié nos sources. L'observation participante, de l'événementiel et du quotidien, fut notre première porte d'entrée. Nous avons accompagné des professionnels dans leurs quartiers ou leurs associations ainsi que des enseignants dans leurs écoles. Nous avons rencontré des jeunes et des familles « chez eux », à leur domicile, sur leurs lieux de vie. Nous avons recueillis des fragments et de longs récits de vie d'adolescents. En parallèle, nous avons créé avec des enseignants et des agents psycho-médico-sociaux (PMS) des espaces-temps de recherche mensuels, en classe de français/sciences humaines, dans des groupes classes d'écoles à forte densité immigrée.

La jeunesse bruxelloise d'origine étrangère est très hétérogène. Nous avons principalement travaillé avec quatre types de groupes : des jeunes d'origine marocaine, turque, subsaharienne et des primo-arrivants. Cette enquête de terrain a donc des limites. Elle ne rend pas compte de l'expérience globale de la jeunesse bruxelloise issue des migrations nouvelles et anciennes, mais bien des perspectives du profil de

jeunes avec lesquels nous avons travaillé. Leur style de vie et leurs visions du monde sont façonnés par la condition sociale précaire de leur famille, l'appauvrissement de leurs quartiers et de leurs communautés d'appartenance, la mono-culturalité des écoles qu'ils fréquentent, et parfois leurs problèmes de droit de séjour.

### 2. Ethnicisation des quartiers d'exil à Bruxelles

Bruxelles-capitale est une ville cosmopolite. 46,3 % des Bruxellois seraient étrangers de nationalité ou de naissance (Eggerickx et al., 2006). Ces chiffres sont largement sous-évalués; en effet, une large population non comptabilisée (illégaux, candidats réfugiés, étudiants ...) renforce l'hétérogénéité culturelle de la ville.

L'Atlas des quartiers bruxellois (Willaerts et Boosere, 2005) montre que notre capitale **se fractionne toujours d'avantage en quartiers socialement et ethniquement homogènes**. Les anciens quartiers ouvriers qui entourent le centre ville, par le Nord-Ouest, forment un « croissant de pauvreté », composé de quartiers de plus en plus mono-culturels, où nous avons principalement enquêté. Les anciennes vagues d'émigration de travail, principalement turque et marocaine, y sont toujours très implantées. Marquées par la récession économique, elles connaissent une paupérisation importante. C'est aussi dans ces quartiers que s'implantent des nouveaux migrants, souvent en difficulté de séjour, peu comptabilisés, qui viennent de tous les continents.

Autre évolution, ces quartiers fabriquent **moins de solidarité de classes**, les liens se solidifiant davantage autour des communautés et des appartenances religieuses. L'ethnicité fragmente la ville, la morcelle, chaque groupe se solidarise autour des siens, pour sauvegarder ses ressources : la fierté de ses coutumes et de sa langue, son territoire urbain, sa strate de travail, sa légitimité historique ... (A. Bastenier, 2004).

Troisième évolution, Bruxelles, où ces jeunes sont nés, où ils ont parfois débarqué, est devenue le théâtre de **conflits communautaires qui s'exacerbent**. La thématique du refus de l'autre, du séparatisme plombe les relations entre les communautés qu'elles soient belges ou d'origine étrangère. En Belgique, les logiques de division, les pulsions mortifères envers l'altérité prennent toujours plus le pas sur les pulsions de vie, transculturelles, qui impulsent le syncrétisme, le métissage, le mélange des cultures et les modes de solidarité universaliste.

Ce contexte est-il un des facteurs explicatifs des regroupements « ethniques » de certains adolescents

bruxellois? Les jeunes avec qui nous avons travaillé pointent davantage la combinaison de processus d'ethnicisation qui traversent Bruxelles, ses quartiers et ses écoles.

### 3. Ethnicisation des mondes scolaires dans le « croissant » de pauvreté bruxellois

L'enseignement belge se caractérise par des formes de ségrégation scolaire particulièrement discriminatoires. Une étude statistique récente a montré que l'écart de performance scolaire entre les élèves d'origine étrangère et d'origine autochtone y est le plus élevé d'Europe. (Jacob et al., 2009). L'étude met à jour l'influence prépondérante des établissements scolaires dans les scores obtenus par les élèves. L'absence de mixité sociale, mais surtout l'homogénéité ethnique des écoles, pénalisent particulièrement les élèves d'origine étrangère. A Bruxelles, en particulier, le libre marché scolaire a fluctué, dans le plus total libéralisme, jusqu'à aboutir au système actuel, à savoir des établissements aux populations très homogènes sur les plans socio-économique et ethnique.

Dans le cadre de cette enquête, nous avons principalement enquêté dans trois écoles : une première où 95 % des élèves étaient d'origine turque; une seconde où 85 % des élèves étaient d'origine marocaine et une troisième, dite « pour étrangers », avec près de 80 % d'élèves récemment émigrés. Bien que ces regroupements soient purement indicatifs, ils n'en constituent pas moins un indice de la densité de la ségrégation sociale et ethnique dans les établissements bruxellois.

Les rapports à la scolarisation des primo-arrivants et des jeunes issus de l'immigration sont parfois très différents. Aussi nous les présenterons successivement, même si dans la plupart des écoles bruxelloises à forte densité immigrée, ces jeunes sont mélangés, dans les mêmes classes.

#### *Scolarisation des nouveaux arrivants*

Ces ados migrants arrivent seuls ou avec leur famille. Les demandes d'asile des MENA (Mineurs étrangers non accompagnés) sont exponentielles. (384 demandes en 2006 pour 1.291 demandes en 2011 alors que l'année n'est pas encore terminée).

La scolarisation des ados dits primo-arrivants est relative et discrétionnaire. Cinq problèmes majeurs se posent à eux.

Le premier est l'obtention des équivalences de diplômes. Dès l'enseignement secondaire, les documents attestant de la réussite de l'enfant dans le pays

d'origine sont transmis au service des équivalences des diplômes. Ses décisions sont souvent ressenties comme une loterie. Les équivalences obtenues comportent parfois des restrictions, inintelligibles pour les parents. Par exemple, « Pas en enseignement général ». Pour les enfants dépourvus de document scolaire, le problème se corse. Entre 12 et 15 ans, ils sont généralement mis en première générale, mais à partir de 16 ans, ils sont orientés vers la 3<sup>ème</sup> professionnelle, et s'y retrouvent confinés, quand aucun passage vers l'enseignement général n'est organisé par la suite.

Deuxième problème, les difficultés de droit de séjour que peuvent vivre les adolescents créent des formes de scolarisations hachurées qui plombent les parcours. Ceux qui sont hébergés en centre d'accueil sont tributaires du dispositif d'asile. Des interlocuteurs(trices) ont été déplacés de centre en centre, d'une école à l'autre; d'un côté à l'autre de la frontière linguistique, d'une langue à l'autre.

Le troisième problème concerne les restrictions d'accès aux CLASSE Passerelle (CLAP) pour primo-arrivants. Les CLAP sont consacrées à l'accueil des enfants et à l'apprentissage du français. Y sont admis les élèves âgés de 3 à 18 ans, arrivés sur le territoire depuis moins d'un an, ressortissant d'un pays « en voie de transition » (euphémisme pour dire « pays en voie de développement »). Des jeunes qui ne connaissant pas le français mais sont issus d'autres pays n'y ont pas accès. Ce qui les laisse seuls devant l'apprentissage du français, de la seconde langue du pays et du système d'enseignement.

Quatrième problème, le déficit de places en CLAP. Celles de la capitale sont régulièrement saturées. L'organisation d'une classe d'apprentissage du français pour primo-arrivant est un choix d'établissement. En général les écoles prisées n'en organisent pas. Des écoles engagées, et multiculturelles, ouvrent des CLAP dans un climat d'ouverture et d'accueil pluriculturel. Mais d'autres écoles font ce choix par défaut, pour attirer de nouveaux élèves, quand les inscriptions sont en chute libre. En conséquence, des jeunes primos, parfois déjà durement éprouvés, se retrouvent dans des écoles très ethnicisées, qui vivent des formes de désorganisation et de violence scolaire, alors qu'ils ne maîtrisent ni la langue, ni les codes et les enjeux des conflits.

Le dernier problème concerne la scolarisation des jeunes après 18 ans. La scolarité des élèves en difficulté de séjour est protégée, grâce à l'obligation scolaire, mais leur « droit à l'instruction » très relatif quand ils ne sont plus subventionnables. Après 18 ans, pour pouvoir poursuivre leur scolarité, des enfants doivent parfois payer des minerval faramineux. Le statut d'élève libre, qui leur est parfois proposé, est une es-

croquerie car aucune certification n'est possible par cette filière. Dans la pratique, des chefs d'établissements gardent certains sans papiers au-delà de leurs 18 ans, selon leurs coups de cœur, leurs émotions, de manière arbitraire.

Les nouveaux arrivants vivent les métamorphoses de l'adolescence en même temps que les bouleversements relationnels, climatiques et sensoriels de l'exil. En prise avec un entrelacs d'émotions, sans langue véhiculaire pour les exprimer, des jeunes se sentent précipités dans un univers étrange, qui déforme les perceptions, comme le « palais des glaces » dans les foires. Un processus de sous-interprétation de l'environnement, de sidération, peut accompagner les « surdoses » d'étrangeté de l'exil. A l'inverse, de jeunes migrants réagissent en sur-interprétant le monde extérieur et leur monde intérieur (sensations, rêves), dans une hypersensibilité à fleur de peau, allant parfois jusqu'à développer des comportements paranoïdes. Ils ont le sentiment que les autres parlent d'eux, dans leur langue, et les disqualifient. Ensuite, le sentiment d'étrangeté devient moins intense, les jeunes s'acclimatent, et font les premiers apprentissages linguistiques. Le désir d'apprendre la langue du pays d'accueil dépend de l'histoire de l'adolescent et de la qualité des relations qu'il peut établir. Des jeunes se sentent « jetés » dans une terre d'exil dont ils ne veulent pas. Leur corps est forcé d'être ici mais que leur tête est restée là-bas. Certains ont vécu des violences anti-migratoires qui altèrent leurs capacités d'entrer en relation et d'apprendre une langue nouvelle.

Quand un jeune n'apprend pas la langue, des enseignants ont tendance à se focaliser sur les aspects techniques, ils ne voient pas toujours les contextes relationnels de l'apprentissage. Sans liens avec les autres, impossible d'apprendre le français. Stimuler les apprentissages linguistiques passe parfois par un travail plus personnel avec le jeune sur ses relations, son histoire, celle de sa famille, et de son groupe d'immigration. Mais ce que nous appellerons « l'expérience du babellage dans toutes les langues », dans la classe d'accueil, reste fondamentale.

Avant la classe d'accueil, beaucoup d'adolescents rencontrés ont connu une période d'enfermement physique et psychique pesante et déprimante. Pour eux, la CLAP a souvent été un véritable anti-dépresseur. Ils se sont retrouvés ensemble, à égalité, avec des jeunes de toutes langues d'origine. On leur a proposé des activités de création basées sur l'expérience de l'exil. Ils se sont cherchés, re-crés ensemble, car l'exil est un processus qui transforme les identités.

La dynamique de la classe d'accueil est cruciale pour nouer des relations et faire des apprentissages linguistiques et relationnels. Les meilleurs CLAPs sont celles où le dialogue est égalitaire entre les langues

et les origines culturelles. Quand il y a une langue qui domine les autres, des jeunes se crispent, l'apprentissage est freiné. En Clap les ados créent une langue à eux, un sabir, chaque fois particulier, à base de français et de toutes sortes de vocabulaire issus de toutes les langues en présence. Cette langue favorise des formes de communication drôles, ludiques et inventives. Elle leur permet de dépasser les blocages et déploie leurs facultés d'apprentissage. Les évocations ludiques de l'exil, les flux de créativité, les mots d'esprit débloquent l'inventivité de la langue. Grâce au « *babellage* » en CLAP les adolescents se mettent alors, tous ensemble, à apprendre la langue du pays d'accueil. Quand l'adolescent n'arrive pas à accéder pas à l'expérience du babellage, et s'en sent exclu, les sentiments de solitude, de ne pas avoir de place, de ne pas exister pour les autres deviennent parfois insupportables. Beaucoup se replie sur la langue d'origine, en tenant la nouvelle langue à l'écart, parfois de longues années.

Les parcours de réussite scolaire des primo-arrivants ont des soubassements très aléatoires. Ils dépendent des places disponibles dans les écoles, de leurs facilités à apprendre les deux langues du pays, de leur courage, de leur disponibilité aux études ainsi que de leur capacité à résister aux années perdues.

Des jeunes primos ont intériorisé « un devoir de réussite » en Europe, sans en avoir toujours les moyens. Surtout s'ils étudient dans une langue qui n'est pas la leur, sans aide, dans des logements exigus et surpeuplés et qu'ils exercent un job le soir « pour aider la famille ».

Quand leurs parents ne comprennent pas les rouages qui grippent leur scolarité, des adolescents portent la responsabilité de leurs échecs scolaire, ce qui peut détruire leur confiance en eux et en l'avenir. Certains ne se sentent plus dignes d'être aimés, s'auto-disqualifient, parfois se détruisent, mènent une double vie. Quand ils constatent que l'ascension sociale par les études bloque, certains cherchent à grimper des échelons en dehors, dans l'économie de la rue, par leurs propres moyens, ce qui les expose considérablement.

*Les univers scolaires monoculturels. Une scolarisation « de seconde zone » ?*

Les écoles fréquentées par les anciennes immigrations sont souvent celles qui accueillent les nouvelles. Dans le « croissant de pauvreté » bruxellois, les jeunes sont confrontés à une difficile ascension sociale via certaines écoles, à composante mono-ethnique, turques ou marocaines, où ils se retrouvent concentrés. A l'image du quartier, l'école ghetto est à la fois une cage et un cocon (Lapeyronnie, 2008).

Des écoles à forte densité immigrée sont à l'abandon, en prise avec un fort *turnover* des équipes éducatives et des directions. Des directions se sentent abandonnées par les cs; des enseignants se voient peu soutenus par leur hiérarchie; en bout de course, des élèves sont lâchés par des enseignants qui renoncent à enseigner. Absentéisme des enseignants et « licenciement » des élèves peuvent créer des trous béants dans l'obligation scolaire. Le terme « licenciement » désigne le renvoi (à la maison, à la rue ...) des élèves qui se présentent à l'école, quand un professeur est absent ou lorsqu'un cours ne peut être dispensé, dans leur année, par manque d'enseignants. Les parents ne sont pas prévenus des licenciements. La dynamique d'absentéismes/licenciements, une fois engagée, est difficilement réversible.

Pour faire face à la pénurie d'enseignants, ces écoles recrutent des professeurs qui n'ont ni les diplômes ni l'expérience pédagogique requise, sur base d'une expérience utile, ce qui semble, en général, dégrader la qualité de l'enseignement.

L'instabilité des équipes éducatives, la dilution des responsabilités, le peu d'exigence scolaire dans les écoles qu'ils fréquentent, les élèves issus de l'immigration le paient cash. Beaucoup sont rapidement orientés vers l'enseignement professionnel, voire l'enseignement spécial, dans des options qui peuvent être de véritables voies de garage.

A ce stade, des jeunes se sentent « cassés », hostiles. Ils ont une mauvaise image d'eux-mêmes. Les stratégies de défense qu'ils déploient peuvent perturber leurs relations avec les enseignants mais aussi avec eux-mêmes. Dans le travail de recherche, certains prenaient des positions passionnelles, en changeaient quelques minutes après, sans cohérence apparente. Ils théâtralisaient leurs interactions, tournant leurs propres positions en dérision, faisant en sorte qu'on ne puisse les prendre au mot.

« Tout se passe comme si ces jeunes avaient peur de donner dans le cliché sur-médiatisé de la lamentation autour des parents « qui ont tant souffert » ... me disait un enseignant. Ils ne peuvent pas porter ce discours pour toute une série de raisons, et surtout parce qu'ils ne sont pas les enfants que les parents voudraient qu'ils soient. Ils ne peuvent pas non plus tenir un contre-discours, tout aussi cliché, qui nierait la réalité des souffrances de leurs parents, et leur propre souffrance à eux. Ils ne trouvent que l'ironie et le sarcasme, face à ces images, pour tenter de trouver un espace où loger quelque chose de leur singularité. ».

Si leur diplôme peut leur être utile, disent les jeunes, tous ne se valent pas. En Belgique, chaque établissement organise ses propres modes d'évaluation. Un

diplôme de ce qu'ils appellent « une école poubelle » permet rarement de réussir, par la suite, des études supérieures. Pourtant beaucoup veulent obtenir à ce diplôme, « pour ne pas décevoir la famille », disent-ils. Obtenir un diplôme, c'est diplômer l'éducation des parents. Ces jeunes sont ambivalents. Ils se cachent parfois à eux-mêmes leurs propres rêves d'ascension scolaire, pour ne pas être déçus. Ils tentent d'avoir leur diplôme au meilleur compte possible. L'absentéisme est massif, tournant, couvert systématiquement par des certificats médicaux. En dernière année, la plupart font des « petits boulots ». Ils s'arrangent pour tenir bon, avec des vies parallèles de travailleurs et d'élèves.

L'école est aussi un lieu de sociabilités; la composante mono-ethnique des écoles va profondément marquer les codes sociaux des groupes de jeunes. Quand les groupes sont monoculturels, turcs ou marocains d'origine, il ne fait pas toujours bon venir d'ailleurs. Les amitiés ethniques, les solidarités de quartier sont protectrices, mais elles figent dans une appartenance. Elles sont souvent hostiles aux « étrangers », les nouveaux migrants en font parfois la douloureuse expérience. Quand ils sont encore « en lune de miel » avec la Belgique, beaucoup de primo-arrivants tablent d'abord sur l'ascension sociale par le scolaire, multiplient les réseaux sociaux et les ancrages autochtones pour construire leur avenir. Des groupes de pairs issus des anciennes immigrations turques et marocaines ne croient plus beaucoup au jeu scolaire. Belges parfois depuis deux ou trois générations, ils continuent à être désignés et construits comme étranger dans le monde scolaire et le rapport à l'emploi. En rétorsion, des groupes valorisent le passé fier de leur communauté, les solidarités ethnico-religieuses et sont très désabusés au sujet des institutions belges, quand elles les relèguent toujours plus dans la chute sociale. Ils multiplient les stratégies susceptibles de protéger leur « origine » commune. Certains imposent leur langue d'origine à l'école et valorisent des référents ethno-religieux ou nationalistes. Ils créent « un petit pays » où ils sont chez eux dans le pays d'accueil. S'enfermer dans un monde familial permet de se sentir moins étranger qu'au dehors. Ils sortent peu de leur quartier, ne profitent pas vraiment des avantages de l'urbanité (sport, culture, loisirs, diversité d'écoles et d'options ...). Ils étouffent parfois dans la routine et l'usure des relations.

Dans les écoles mono-culturelles, l'ordre traditionnel du genre, qui oppose et hiérarchise les sexes, s'est rigidifié (Clair, 2008; Jamouille, 2009; Mazzocchetti, 2009). Des garçons ont peur que les femmes de leur communauté les trahissent et les rejettent. En rétorsion, certains font des références rigides aux rôles masculins traditionnels, ils imposent une séparation et une absence de communication entre les sexes. Ils affirment leur dignité par le contrôle étroit

des femmes de leur entourage. La peur de l'abandon et de la solitude des jeunes femmes répond à la peur de la trahison des jeunes gens. Des jeunes filles isolées sont harcelées, directement, ou via le jeu des étiquetages et des rumeurs. Des filles arrivent à se solidariser, quitte à exercer une violence défensive. Mais souvent, elles supportent et se soumettent aux diktats virilistes. Disqualifiées, « cassées », certaines s'écartent d'elles-mêmes, étouffent leur féminité et leurs désirs. Leur absentéisme scolaire peut être leur seule ressource pour éviter les problèmes. Les violences de genre ne s'apaisent que lorsqu'un adulte est informé, intervient et prend une position claire.

#### 4. Ethnicisation des regroupements de jeunes

L'enquête montre que, dans les quartiers à forte densité immigrée, des groupes de jeunes se replient sur leur territoire, dans des entre soi ethnique qui les enferment et les protègent à la fois. Cette composante ethnique des regroupements de jeunes répond à l'homogénéisation sociale et ethnique des quartiers bruxellois, mais elle s'ancre aussi dans la dualisation de l'offre scolaire et la fermeture monoculturelle de nombreuses écoles bruxelloise.

Bien que nous utilisions parfois, comme les jeunes rencontrés, le terme « bande »; les groupes de pairs que nous avons pu approcher sont mouvants peu organisés. Les hiérarchies se reconstruisent au jour le jour en fonction du courage, de la bravoure, de la réputation de chacun.

Les logiques qui conduisent ces jeunes à se regrouper sont multiples et interdépendantes. Même si elles se nouent au cœur des modes de vie, nous les déclinons successivement.

Faire partie d'un groupe permet de se défendre, de se sentir protégé. Les « bandes » sont d'abord des collectifs protecteurs. Être protégé est une préoccupation centrale des adolescents rencontrés, comme si rien, dans la société, ne pouvait les protéger à cet âge de leur vie, sauf leurs propres forces et leurs réseaux. Cependant ces protections sont illusoire, car les échanges violents entre les groupes de pairs font globalement monter la pression et le taux d'agressions.

Faire partie d'une bande permet aussi de revendiquer une appartenance « ethnique » et de s'appropriier un territoire urbain (une cité, une station de métro, un quartier), de décréter que là on est « chez soi », et qu'on est prêt à défendre ce droit d'être là. La plupart des regroupements de jeunes se dénomment d'ailleurs à partir du code postal de leur commune (les 1230 ...) ou de stigmates ethniques (les Bagdads, les Blacks Démolition ...) Plus ces territoires deviennent

fermés, et privatifs, plus ils confinent les jeunes, empêchent la mobilité urbaine, usent les relations.

Dans beaucoup de groupes de pairs, la condition « ethnique » commune produit des liens et des solidarités. Il s'agit d'échapper à la honte, à l'infériorisation, en faisant de sa couleur et de son origine, un blason de fierté. Cependant, ces références portent en elles-mêmes les germes de la violence interraciale.

Faire partie d'un groupe de pairs permet d'exister, de se faire une réputation, quitte à se faire craindre. Plus une immigration est reléguée au-dedans d'une société, plus les questions d'honneur et de réputation deviennent existentielles. Par des conduites de provocation et d'affrontement, ces jeunes « font peur », pour obtenir, par force, la reconnaissance et le respect.

Certains regroupements de jeunes sont aussi des lieux de construction d'une masculinité offensive. La plupart des bandes se définissent aussi par opposition aux femmes (Monod, 1968). La méfiance et la peur de la trahison de l'autre sexe sont très présentes.

« Être bande », c'est se rebeller, s'opposer à une société qui vous discrimine et vous est hostile. Les regroupements permettent aux ados de se différencier, d'afficher le conflit intergénérationnel et la révolte contre une société qui les prive de perspectives sociales en les confinant dans leur quartier d'exil (Monod, 1968).

Les regroupements de jeunes peuvent aussi de prendre place dans l'économie de la rue. L'accès à l'argent est un puissant régulateur, sensé effacer les inégalités de classe et d'origine (Amaouche M., 2010).

Apprendre le combat de rue, s'affronter à plus fort que soi peut également avoir des ressorts subjectifs. Dans les rixes, des jeunes utilisent la douleur physique pour mieux contrôler les humiliations et les douleurs morales. Certains ont besoin de prises de risque antidépressives qui exaltent l'humeur.

#### 5. Conséquences de l'ethnicisation des rapports sociaux

Une première conséquence, transversale, est **l'exacerbation des violences inter-ethniques et le fractionnement de l'espace public**. Des rivalités opposent les communautés d'exil, la violence vécue est détournée vers les plus proches, les pareils à soi. Ces dernières années, les échanges violents sont allés de plus en plus loin. Des jeunes se sont armés, il y a eu des morts et des blessés.

**La territorialisation et l'ethnisation de l'identité** sont une deuxième conséquence. Des « nous » se constituent autour d'une origine, d'un phénotype, d'un taux de mélanine et de morceaux de quartier, aux frontières mouvantes. Ils permettent de se construire des solidarités et une identité fière mais empêchent aussi le « je » de devenir.

**L'exacerbation des violences de genre** sont une troisième conséquence.

**Enfin, l'ethnisation des quartiers, des écoles et des groupes de pairs** font système et majorent les risques de relégation et de descente sociale des jeunes issus des anciennes et des nouvelles migrations.

Nous parlerons ensuite des violences d'État que les « adolescents en exil » rencontrés relatent. Nous avons voulu mettre en perspective notre ethnographie des lieux de vie des jeunes (ville, quartiers, écoles) avec des questions plus structurelles liées aux violences institutionnelles : telles celles de la procédure d'asile ou des débordements des médias ou des forces de l'ordre ... En effet, nos terrains croisés interrogent les responsabilités de l'État au sujet des profondes insécurités sociales, physiques et psychiques que vivent des adolescents en exils, dans les quartiers populaires.

## 6. La maltraitance de la procédure d'asile

Nous ne parlerons pas ici des décours juridiques kafkaïens de cette procédure d'asile, largement décrits par ailleurs, pour nous concentrer sur ses effets sur les constructions identitaires des enfants et des adolescents étrangers. En effet, d'année en année, de plus en plus débarquent sur le territoire. Certains accompagnent leurs parents, d'autres arrivent seuls.

### *Sentiment de désespérance des ados en procédure d'asile*

L'exil est une aventure humaine qui peut être bénéfique aux adolescents. Cependant, elle suscite de la souffrance psychique d'origine sociale lorsqu'elle s'accompagne d'expériences de rejet, d'humiliation, d'injustice. La violence vécue par les adolescents, pendant cette période, particulièrement sensible, peut être internalisée, retournée contre soi, ou externalisée, projetée contre autrui.

Pour nous rapprocher du regard des adolescents sur la procédure d'asile, le récit que nous en a fait Szewn, un jeune Irakien chrétien, demandeur d'asile, nous a paru particulièrement éclairant.

Szewn est arrivé vers l'âge de 16 ans, en Belgique. Il a fui l'Irak à 13 ans, avec sa grande sœur et ses parents, parce que son père est accusé de haute trahison. Recherchée, la famille a vécu cachée, près de trois ans, dans un quartier chrétien d'un pays limitrophe.

Au bout de deux années, la famille élargie fait évacuer le père de Szewn vers la Belgique. Un an plus tard, il arrive à faire venir sa femme et ses enfants. Szewn retrouve la liberté. La première semaine, en Belgique, est très éprouvante. La famille se referme sur elle-même, par peur de l'extérieur. Ils sont partis d'Irak « sans aucun papiers de là-bas », ils savent qu'ils doivent se préparer, tous ensemble, parce que les autorités belges « sont très strictes pour l'exil ».

Les mois suivants, Szewn fait l'expérience de la nudité sociale de tous, devant la procédure d'asile. Il se sent rabaissé, choqué. La procédure lui apparaît comme « un système » qui, intentionnellement, brise la dignité des demandeurs d'asile. L'adolescent a le sentiment qu'on veut humilier ses parents, qu'on leur manque de respect, qu'on les fait attendre des journées entières, qu'on leur demande de revenir sans raisons apparentes. À écouter Szewn, la procédure paraît labyrinthique, imprévisible, les demandes juridico-administratives, les rendez-vous, les journées d'attentes n'ont pas de sens. Ce vécu génère un sentiment diffus de persécution, qui s'appuie sur un sentiment d'insécurité socio-administratif bien réel.

La longueur de la procédure d'asile, avec ses interviews successives et ses longues attentes aux guichets des administrations porteront atteinte au climat familial. Après chaque étape juridico-administrative, la famille s'enferme sur elle, avec un degré de stress qui augmente. Le discours de chaque membre de la famille est passé au crible, en interne, dans l'après-coup. Méfiance, auto-accusations et accusations réciproques font monter le taux d'agressivité, chaque membre risquant de pénaliser le groupe.

Selon les spécialistes de la procédure, le crédit de la parole des demandeurs d'asile baisse d'année en année. Les familles sont questionnées séparément. Elles subissent de véritables interrogatoires, à répétition, sur des périodes de plus en plus longues. Les omissions, les contradictions, le fait de divulguer tardivement certains faits, le manque de détails sont autant d'indices de mensonge. Les critères de rejet d'une demande d'asile sont peu clairs, laissant toute latitude à la subjectivité. De façon générale, les contradictions sur les détails, les confusions sur les dates, les noms, les lieux ... suffisent pour décider de la recevabilité ou non du récit du demandeur d'asile.

Szewn vit les personnes qui interviewent ses parents, puis sa sœur, récemment majeure, comme de

véritables inquisiteurs. La non-reconnaissance se traduirait concrètement par un ordre de quitter le territoire. Or, l'adolescent sait que sa famille ne peut pas retourner en Irak. Débutée, elle devrait passer dans la clandestinité, en perdant accès aux protections sociales. Cette perspective effraie Szewn au plus haut point. La nuit, il se réveille, il y pense, il a peur de l'avenir. Il voudrait tout contrôler et tout prévoir. « C'est devenu une obsession », dit-il. Il est inquiet. Il liste ses tâches scolaires, pendant ses insomnies. Son obsession du contrôle l'inquiète : « Dans ma tête, je prévois tout le temps, pour être sûr, pour m'assurer. Les autres ne sont pas comme ça. Ça me réveille des fois la nuit. Ça me stresse terriblement ».

Szewn est très insécurisé. La menace que constitue la procédure d'asile, et la violence politique qui a détruit sa vie d'avant, ont probablement contribué à façonner le fonctionnement obsessionnel qu'il décrit. Il a des insomnies, des bouffées d'angoisse et un regard sur le monde qui se teinte progressivement de ressentis paranoïdes.

Szewn a peur du dehors. Comme beaucoup d'adolescents primo-arrivants, dont le statut est si fragile qu'ils ont peu de recours à l'état de droit, il a vécu des agressions physiques sur le chemin de son ancienne école. A cela s'ajoute sans doute, une colère rentrée, internalisée. Il a le sentiment que son destin est suspendu au bon vouloir d'un service administratif qui traite son dossier comme « une histoire de plus », dans l'indifférence totale. Il vit l'expérience de la toute puissance d'une instance arbitraire sur son destin. La concentration sur des pensées d'anticipation est peut-être un mécanisme de défense pour se déconnecter des souvenirs et des affects qui l'agitent. Le contexte d'indétermination que vit Szewn, dans le pays d'accueil, entre en résonance avec sa propre subjectivité et le sentiment d'insécurité interne lié à l'adolescence.

La famille de Szewn est libre, enfants et parents ont survécu à la peur et l'enfermement physique. Mais dans cette Europe salvatrice, dont ils ont rêvé pendant trois ans, ils continuent à vivre en insécurité; ils n'arrivent pas à prouver leur bonne foi et à obtenir un statut de réfugié politique. Pourtant, ils gardent espoir « car la pire perte, disait Léandre Nshimirimana, est celle de l'espoir, et elle est en général infligée par le pays d'accueil ».

#### *Des MENA qui se retrouvent figés entre quatre murs*

De plus en plus de MENA (Mineurs étrangers non accompagnés) débarquent en Belgique chaque année. Ils demandent protection et sont pris en charge, grâce à leur statut de MENA. Ils sont orientés vers des centres d'accueil, mais une forte majorité disparaît, dès les premiers jours. De nombreux mineurs

arrivent par des passeurs et ne sont recensés nulle part. « Vies invisibles » et clandestines, ils peuplent les marges de la ville.

Les MENA rencontrés ont particulièrement mal vécu les « interrogatoires » qui ont ponctué leurs années d'hébergement « en centre d'asile ». Enfermés en centres dès leur arrivée, certains disent avoir trouvé peu d'écoute au sujet des douleurs de l'exil, peu de protection et de soutien auprès des adultes. Leurs récits, leurs discours sont passés au crible, leur parole est suspecte. Sans recours, ils se taisent. Au mieux, ils pleurent; au pire, ils s'endurcissent et se coupent de leurs affects.

Des MENA se sentent coupables d'avoir laissé leur famille au pays, parfois dans de grandes difficultés. Il arrive que leurs parents, ou la famille élargie, aient tout vendu pour pouvoir payer le passeur ou financer leur billet d'avion. L'adolescent est sensé subvenir rapidement à ses besoins et envoyer de l'argent pour permettre à un proche de s'exiler à son tour. Ne pas pouvoir répondre à cette attente peut créer des sentiments d'angoisse et de culpabilité, le risque étant de ne pas oser dire la vérité à la famille, ou de rompre tout contact avec elle.

Les MENA sont peu préparés aux difficultés socio-administratives qu'ils vont rencontrer en Europe. Malgré leur jeune âge, ils doivent comprendre le système et s'y adapter au plus vite possible. Ils se renseignent et cherchent à se débrouiller par leurs propres moyens. Les MENA s'exilent pour « chercher la vie », retrouver une famille, faire des études ... Mais, dès l'arrivée, de nombreux rêves sont brisés. Les familles ne peuvent prouver les liens de filiation, la procédure d'asile n'a aucune chance d'aboutir, les équivalences de diplôme n'existent pas, la liberté se vit entre les murs d'un centre fermé ... Certains vivent une période de « brisement », dont ils gardent de véritables fêlures.

#### *La vie en clandestinité, la violence et l'absence de recours*

La vie en rue est l'archétype de la situation d'inhumanité, elle atteint physiquement et psychologiquement. En rue, on observe trois types de situations d'adolescents primo-arrivants. Il y a ceux qui sont arrivés par des passeurs sans être recensés nulle part, d'autres ont déserté les centres ou n'ont pas pu y entrer. En effet, le déficit de place d'accueil à FEDASIL est récurrent. D'autres encore sont arrivés dans le cadre de regroupements familiaux mais ils n'ont pas pu « faire famille » avec ceux qui les ont accueillis.

Les adolescents de la rue peuvent devenir aussi rudes que leurs conditions de vie. Ces mineurs er-

rent en ville, dorment où ils peuvent et ont, au mieux, l'école comme repère stable; au pire ils fréquentent de petites bandes qui se débrouillent, dans l'univers prédateur de la rue. Si des adolescents rejoignent les bandes urbaines, ils en sont aussi les principales cibles. Les bandes savent qu'ils ne feront pas appel à la police, en cas de problème, par peur, et parce qu'ils tablent sur l'invisibilité.

#### *Violences faites à la parole et failles de la mémoire*

Ces adolescents vivent un moment clé de la subjectivation. Ils doivent devenir, faire leur propre histoire pour s'instituer acteurs de la société. Quand leur parole est suspectée, c'est le pays d'accueil lui-même qui devient suspect. Certains ne comprennent pas les rouages de la procédure, et ils en sortent broyés. D'autres encore n'ont pas accès à leur propre histoire. En rupture de mémoire, ils se sentent en errance identitaire.

Leur but est d'obtenir des papiers. Or, de récit en récit, le risque de se contredire augmente. Ils doivent constamment s'autocontrôler, éviter de remanier leurs souvenirs, pour ne pas dévier de la ligne de ce qu'ils ont dit avant.

Les jeunes rencontrés, au fil du temps, de la répétition des rencontres, nous donnent, par moments, « l'histoire racontée au marché » et, à d'autres moments, un fragment de l'autre histoire, de l'histoire cachée, oubliée, dangereuse. Il ne s'agit pas de confronter la vraie et la fausse histoire : leurs histoires cohabitent et provoquent parfois une forte angoisse. Certains jeunes, dans la démarche de récit, se cognent aux contradictions de leurs histoires, ils se cognent aussi au désir de dire la complexité, mêlée à la peur des conséquences de ce qu'ils pourraient nous révéler. Il ne s'agit pas seulement de leur histoire d'exil mais aussi de celles de leurs parents, ils ne peuvent prendre le risque de faillir, de trahir. Beaucoup se retrouvent prisonniers de cette impossibilité à dire. Ils se replient, se méfient de tous. Incapables de croire encore en la bienveillance des adultes à leurs égards.

#### *Conclusions : des procédures désespérées*

Qu'ils arrivent seuls ou accompagnés de leurs parents, les procédures d'asile ont une incidence sur les parcours identitaires de nombreux « adolescents en exil ». Elles sont le plus souvent sources de stress, de désespérance et d'humiliations.

Cependant, même dans les contextes les plus difficiles, les observations de terrain montrent aussi qu'une série de ressources permettent aux jeunes

migrants de faire face aux difficultés et au stress acculturatif. La force de leur propre désir d'être ici et la bienveillance du regard posé sur eux dans le pays d'accueil peuvent les étayer. L'accès à un statut légal offre des protections citoyennes et permet de s'investir davantage dans les liens affectifs (amour, amitié ...). L'ouverture aux autres et la possibilité de métaboliser le stress vécu avant la migration les sort de la solitude. Chaque adolescent mobilise aussi des ressources personnelles : la confiance en soi, les capacités linguistiques et scolaires ... La stabilité familiale aide beaucoup ainsi que les liens fiables qui peuvent s'établir avec les tuteurs, les professionnels psycho-sociaux et les équipes scolaires.

Néanmoins, les conséquences à long terme des violences subies par ces jeunes et leurs parents soulèvent d'importantes questions. Quels impacts sur l'avenir de ces jeunes ? Quelles places pour eux dans la société ?

## **7. Discrédit des médias et des forces de l'ordre**

Les adolescents d'origine étrangère se sentent à la fois désignés et discrédités par les médias. Ils souffrent également d'un face à face quasi permanent avec les forces de l'ordre.

#### *Des médias qui désignent et discréditent*

Les jeunes sont furieux de la façon dont les médias parlent d'eux et de leur quartier. Les médias les désignent et les discréditent parce que la peur de l'étranger, la fascination pour la violence et le sentiment d'insécurité font la une, observent les jeunes.

Les « histoires de gangs » font vendre les journaux et augmentent les taux d'audience. Est-ce la raison pour laquelle les médias aiment présenter les regroupements de jeunes, labiles et fluctuants, comme des bandes organisées ? Quant aux forces de l'ordre, principales informatrices des médias en la matière, elles tiennent des discours particulièrement alarmistes, dont nous tenterons de comprendre la construction.

Les jeunes de confession musulmane doivent en permanence se défendre du lien établi par les médias entre leur religion et les pratiques extrémistes, voire terroristes. Ces jeunes sont profondément marqués par le 11 septembre. Depuis, une rupture s'est produite, les regards sur eux se sont profondément transformés, ils se sentent toujours plus attaqués dans ce qu'ils sont. Pour eux, les médias les salissent, ils viennent renforcer les doutes et les peurs des populations.



Si la violence de la presse cristallise la colère et la peur des jeunes rencontrés, le comportement des forces de l'ordre à leur égard, les atteint tout autant dans leur quotidien.

#### *Polices et jeunes : face à face*

Objets de contrôles policiers renforcés et de gardes à vue musclées, les jeunes ont le sentiment que, dans leurs quartiers, « la police est partout et la justice nulle part ».

#### **Les « attroupements de jeunes », comme stéréotypes de dangerosité**

Ces adolescents grandissent ensemble. Ils se retrouvent après l'école aux mêmes coins de rue ou, quand il pleut, sous l'abribus. Mais, les stéréotypes de dangerosité les désignent et leur présence en groupe dans l'espace public dérange.

La combinaison des stigmates : la jeunesse, le quartier « sensible », l'origine étrangère ... majore les risques d'interpellation, donc de judiciarisation des infractions mineures (« détention » de cannabis, « troubles de l'ordre public », « rébellions » lors des contrôles, etc.). Ainsi les politiques d'interpellation produisent des stéréotypes de dangerosité qui produisent des politiques d'interpellation renforcées.

Le processus de criminalisation est très défavorable aux jeunes issus de l'immigration, et cela aux différentes étapes de la procédure : plus contrôlés, leurs conduites à risques sont davantage judiciarisées, ils purgent des peines plus lourdes, préférées plus rapidement, et cela d'autant plus qu'ils ont peu d'appui et/ou de connaissance du fonctionnement de la justice. Cette inégalité pénale, analysées par de nombreux auteurs participe à construire la surreprésentation des jeunes d'origine étrangère dans les institutions pénales pour mineurs comme pour majeurs (Brion, Réa, Schaut, Tixhon (dir.), 2000).

#### **Des contrôles qui débordent**

En fonction du quartier, de l'âge, de l'origine, les contrôles ne sont pas soumis aux mêmes critères de déférence (Jobard, 2006). Dans notre enquête ethnographique, la colère des jeunes se porte principalement sur les contrôles abusifs, qui dégénèrent, des insultes racistes. Les fouilles sont vécues comme agressives et intrusives. Quand ils interprètent l'attitude des policiers à leur égard comme des pratiques purement xénophobes, cela peut avoir des effets ravageurs sur leurs visions de l'État et des institutions.

#### **Quand la police et les jeunes deviennent des groupes ennemis**

Dans les quartiers d'exil, les forces de l'ordre font peur, elles sont vues comme des formes d'autorité totalitaires, voire même ouvertement racistes. Quand ils défient la police, des jeunes se vivent comme des résistants. Une partie d'entre eux construit son identité fière, guerrière, dans ce face à face.

Si, d'un côté, les dérives policières font partie des premiers souvenirs d'enfance; il est peu fait cas, dans le vécu et les représentations, du rôle protecteur de la police.

#### **Émeutes de quartier et délinquance d'expression**

En général, face aux discriminations d'État, les jeunes s'énervent mais se contiennent, jusqu'à ce qu'un micro-événement arrive, qui fasse déborder la colère. Elle peut prendre des formes collectives, autodestructrices, comme les émeutes de quartier qui ravagent les lieux de vie. Mais parfois ce sont les individus qui explosent, et détruisent leur avenir, en insultant un agent ou en portant une atteinte directe aux forces de l'ordre. Ainsi on observe ces dernières années une augmentation des délits d'outrage à agents et plus globalement, de la délinquance d'expression (Bailleau, 2009 et Chantraine (dir.), 2008).

Les affrontements avec la police, mais aussi des formes de rivalité guerrière entre jeunes, peuvent, par à-coups, avoir des effets cathartiques. Mais ils ne changent pas fondamentalement la donne. Les jeunes des quartiers défavorisés gagneraient à se rallier, à faire avancer leurs revendications, en se constituant en force de pression politique. Mais pour l'instant ils semblent globalement trop divisés, peu formés et peu outillés sur le plan des réseaux sociaux et politiques pour s'extraire de ces combats de l'entre soi.

#### **Sentiments d'abandon des institutions et nécessité de protection**

Envers ces jeunes, la « bienveillance » du politique semble en retrait. Parallèlement, il y a une forte présence de l'État au niveau du contrôle et de la répression. Dès lors, la justice, les recours, les protections s'organisent autrement.

Ces jeunes se tournent vers leur fratrie, leurs cousins, leur groupe de pairs pour bénéficier de protections mutuelles. « La police sur le quartier, c'est nous qu'on la fait », disent-ils. Tandis que la police des Blancs, disent-ils, les traitent de macaques. Cependant, leurs refuges, leurs solutions deviennent parfois des problèmes de plus en plus insurmontables. Ils les

confinent à des morceaux de quartier, des tronçons de rue. Pour protéger les leurs et défendre leur territoire, des jeunes se retrouvent pris dans des combats sans tiers, des rivalités tout aussi racialisées que ne le sont leurs protections. Dans l'escalade de la violence et de la vengeance, entre jeunes, ils perdent des amis. Quand les adolescents en sont réduits à faire la justice eux-mêmes, leur droit est territorialisé, leur face à face sont violents, rien n'arrête le cycle de la vengeance et beaucoup restent sur le carreau.

De fait, ils ont un urgent besoin de la protection d'un État de droit, équitable et juste. Sans tiers, sans présence de l'État la violence n'a pas de limite, ils le constatent. La présence forte de services publics bienveillants leur manque cruellement. Les protections de l'État leur permettraient de vivre mieux et ouvriraient d'avantage l'espace public que les protections de l'entre-soi. Ils le savent et regrettent qu'il en soit autrement.

Les jeunes en appellent à un véritable État de droit, qui puisse occuper le terrain, regagner la confiance des jeunes et des familles, défaire les simili-protections ethniques et arrêter l'escalade de la vengeance. Les contrôles humiliants, les gardes à vue musclées, les rafales racistes ne font que renforcer le sentiment d'insécurité des jeunes.

S'il y a violences, il y a résistances. Individuelles et collectives. Porteuses d'ouverture ou de repli. Se sécuriser auprès des proches, se replier sur sa famille. Se retrancher dans un groupe de pairs et un quartier. Occuper de « petits pays » dans « le grand pays », quitte à se cantonner aux langues d'immigration. Se préserver en diversifiant ses lieux d'affiliation « officiels » (famille, école, religions ...) et « officieux » (bandes, biz ...). Investir les lieux de réussite scolaire et sociale. S'investir dans un sport. S'enraciner dans un espace de création déterritorialisé (littérature, cultures urbaines, musiques du monde ...). Trouver des protections auprès de professionnels et d'institutions et construire de la confiance.

### **Conclusion générale. Adolescents en exil**

Outre son interpellation globale à l'État de droit, cette enquête de terrain a dégagé quatre champs de pratiques prioritaires en matière de lutte contre les discriminations, de soutien aux professionnels et aux jeunes. Encore faut-il pouvoir les traduire en politiques publiques et en dispositifs concrets.

#### *Clarifier et améliorer la procédure d'asile*

Les ados nouveaux arrivants ont une méconnaissance des procédures socio-administratives qui les

concernent. Il est nécessaire de leur donner des capacités d'analyse socio-administratives et politiques, pour qu'ils puissent comprendre les fonctionnements et les dysfonctionnements de la procédure d'asile, les niveaux et les critères de décision, avoir prise sur leur destinée, être à même de poser des choix et sortir des situations d'angoisses. En procédure d'asile, sans une certaine connaissance de la réalité socio-administrative, on reste sidéré.

#### *Défaire l'ethnicisation des écoles et déverrouiller les quartiers*

Il est urgent que l'État belge régule le marché scolaire, « défasse » les regroupements scolaires monoculturels et organise un accueil global, efficient et démocratique des enfants primo-arrivants. Plus globalement, toutes formes d'impulsion à la mobilité urbaine et aux brassages de cultures sont essentielles. Elles sont une des conditions de la mobilité sociale et de l'invention interculturelle.

#### *Soutenir les professionnels*

Face à ces problématiques d'une ampleur nouvelle, les professionnels sont mis à rude épreuve. Pour qu'ils puissent élaborer des solutions innovantes, il faut leur offrir des lieux de réflexion, des soutiens particuliers et des formations continues, interactives et transdisciplinaires.

Quand les jeunes sont soutenus par les adultes et qu'ils peuvent rentrer dans des parcours de réussite, ils se mélangent, s'inventent et se construisent métissés.

#### *Ouvrir aux jeunes des espaces de recherche et de création*

Pour soutenir le travail identitaire en migration, l'offre d'aide individuelle ne suffit pas, le travail en groupe est tout aussi essentiel. Il permet de créer des cadres où les questions des origines et des discriminations peuvent se poser.

Cette enquête montre aussi combien les tensions de genres se sont exacerbées en milieu scolaire et dans les autres lieux de vie des jeunes. Les normes de genre peuvent être remises en jeu, s'inventer autres, mais les jeunes ont besoin de lieux d'expression et de recherche où les faire évoluer.

Métisser les cultures qu'on porte, intégrer la culture de l'autre à l'intérieur de soi, n'est pas sans risque, c'est un processus de recherche continu, un savoir faire de l'exil. Or, les savoirs de ces jeunes sont peu

sollicités, ils sont parfois enkystés en eux-mêmes. Les dispositifs créatifs les mobilisent et déploient leurs capacités de s'inventer, de traduire leur expérience et d'agir collectivement. ».

## **6. Audition de Jean-Louis Bara, président de l'association française SAFE**

M. Bara introduit son exposé en expliquant que la politique de réduction des risques (RdR) s'est mise en place dans le cadre de la lutte contre le SIDA, dès 1987. L'association SAFE a été créée le 5 octobre 1989. Son objectif est d'une part d'améliorer l'accès au matériel stérile d'injection en favorisant la mise en place d'automates distributeurs/récupérateurs de seringues installés en voie publique, et d'autre part de promouvoir les outils de prévention les plus efficaces. Depuis près de 10 ans, elle s'attache à fournir des études sur le dispositif français de réduction des risques et travaille à l'amélioration des outils de prévention en lien avec des laboratoires universitaires.

Sa mission lui est confiée par le ministère de la Santé et est double : une mission nationale d'observation et d'appui, et une mission régionale de gestion du dispositif d'échange de seringues en Ile-de-France.

Le décret du 11 août 1989 a permis la vente libre de seringues en pharmacie et le décret du 7 mars 1995 autorise les associations à mener des programmes de prévention, et dans ce cadre à délivrer gratuitement des seringues : les programmes d'échange de seringues (PES) démarrent via les Centres d'accompagnement des usagers et les automates d'échange de seringues.

Et c'est en 2004 que la RdR est intégrée dans la loi de Santé publique, et que des établissements médico-sociaux, financés par l'assurance maladie, voient le jour pour assurer des missions de RdR.

Revenant aux automates (distributeurs automatiques de seringues), l'intervenant explique qu'ils permettent de compléter les services rendus par les PES et les pharmacies en rendant l'échange de seringues disponible 24h sur 24. L'intervenant souligne que les pionniers en ce domaine ont été la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne.

En France, cette initiative repose sur une volonté forte de l'État de la mettre en œuvre. En effet, le pouvoir français étant très centralisé, les villes n'ont que peu de compétences en ces matières, et c'est donc via une circulaire commune émanant de la Politique de la Ville et du ministère de la Santé que le dispositif a pu naître.

Les automates (distributeurs de seringues) sont aujourd'hui une déclinaison prévue des PES, le dispositif est intégré au décret de 1995. Le dispositif doit être gratuit et les kits distribués doivent correspondre à un modèle type dit « de rue » (kit +). Par ailleurs, les programmes d'échange de seringues sont recommandés en priorité dans les villes de plus de 40.000 habitants et elles sont incitées à participer au financement du programme.

M. Bara rappelle que si, en amont d'une politique de RdR, le premier objectif fut la prévention du SIDA, on constate que ce dispositif joue également un rôle quant à l'hygiène publique puisque SAFE récupère plus de 80 % des seringues distribuées via les automates de Paris et les fait détruire par les services spécialisés hospitaliers ou municipaux.

En ce qui concerne le fonctionnement des automates, l'intervenant précise d'abord que l'art est de fondre ceux-ci dans le matériel urbain. L'accès aux distributeurs se fait par des jetons qu'on peut trouver dans les associations, dans les pharmacies partenaires (500 à Paris), dans certains hôpitaux et par les automates eux-mêmes, qui échangent le matériel usagé (récupérateurs échangeurs). L'intervenant précise que les automates sont à Paris le dispositif d'échange de seringue qui simultanément permet l'accroissement de la diffusion de matériel d'injection et obtient le meilleur taux de collecte des seringues usagées. En effet, lorsque le matériel est gratuit, les usagers utilisent trois fois plus de matériel (les seringues neuves abîment moins les circuits veineux). Et en permettant l'accès aux matériels neufs et gratuits via les échangeurs, nous améliorons l'hygiène publique dans la mesure où les seringues déjà utilisées ne sont plus, au moins, abandonnées sur la voie publique.

A titre d'exemple, M. Bara cite l'exemple de Paris où 450 kits (soit 900 seringues) sont distribués par jour via les automates.

Dans la pratique, une part non négligeable des usagers de drogues ne fréquente pas ou peu les PES et, pour ceux qui les fréquentent, certains voient peu les agents sanitaires. Les injecteurs préfèrent que l'accès au matériel soit rapide et ne soit pas systématiquement conditionnés à une rencontre avec un agent sanitaire. Exiger cette rencontre serait contre-productif car en matière de réduction des risques il faut, autant que possible, limiter les obstacles qui empêchent le recours massif au matériel de prévention.

Aujourd'hui 266 sites de distribution sont implantés dans 55 départements et permettent la distribution d'un million de seringues par an. Pour ce qui concerne les automates récupérateurs, il y en a 225 sites de collecte de seringues (simples récupérateurs ou

échangeurs) implantés dans 53 départements, qui collectent plus de 500.000 seringues usagées.

A la question de savoir si l'offre matérielle allait inciter à la consommation, la réponse est négative.

M. Bara fait observer que ce dispositif commence à rentrer dans les schémas régionaux (Ile-de-France par exemple) et ajoute que l'implantation d'automates est aujourd'hui recommandée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Et pour ce qui concerne la RdR, c'est le système qui a été le mieux évalué au niveau coût/efficacité.

Il reste cependant un problème au niveau des zones rurales où beaucoup d'usagers sont éloignés tant des lieux d'accueil que des informations, et ignorent ce dispositif. Les usagers eux-mêmes ont créé un site internet d'échange d'information, dont la fréquentation massive révèle tant l'ampleur du phénomène que les difficultés auxquelles les usagers sont confrontés.

Ce constat a donné lieu à une nouvelle expérience : le « PES postal ». Concrètement, il s'agit de l'envoi par voie postale de matériel de consommation pour les usagers qui ne peuvent ou ne veulent pas fréquenter les lieux d'accueil ou les automates, que ce soit en raison de leur éloignement géographique, des créneaux horaires non adaptés à leur travail, ou autre. Chaque usager bénéficie d'un suivi personnalisé par téléphone ou mail, et reçoit également du matériel en fonction de sa situation spécifique. M. Bara dit qu'à cette occasion des échanges se sont installés et qu'on a assisté à une réhumanisation via les nouvelles technologies de communication.

M. Bara conclut cet exposé en mettant en avant que les automates présentent trois avantages importants :

- le renforcement de la lutte contre les contaminations, en proposant un matériel complet, en assurant la continuité de l'offre 7 jours sur 7 et 24h sur 24 et en proposant un dispositif souple (les automates peuvent être déplacés selon l'évolution des déplacements des usagers de drogue);
- l'accès aux matériels pour un plus grand nombre : populations précarisées, usagers qui ne souhaitent pas fréquenter les pharmacies et usagers des villes non couvertes par les équipes de réduction des risques;
- l'amélioration de la salubrité publique. A Paris, 82,35 % des seringues distribuées par automates sont récupérées, pour 33,17 % par les associations et 0 % par les pharmacies.

M. Bara rappelle encore que les premiers automates ont été implantés en 1994 dans le cadre d'expériences pilotes dans le département des Hauts-de-Seine, et qu'après 18 ans, SAFE constate que les automates fonctionnent toujours correctement, que la quasi-totalité des dispositifs est restée en place et que l'État et les communes prévoient d'installer et de financer cinq à dix nouvelles implantations par an.

L'intervenant précise aussi que la gratuité est un facteur facilitant la prévention.

## 7. Audition de Frédérique Bartholeyns, directrice de l'ASBL Dune

« Monsieur le président, Mesdames et Messieurs les commissaires, au nom de toute l'équipe de DUNE, je vous remercie de m'avoir invitée à m'exprimer sur la thématique de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Je me réjouis de cette initiative bruxelloise qui permettra, je l'espère, de prendre en compte la principale difficulté du secteur de la réduction des risques (ou RDR), à savoir un manque de reconnaissance politique et donc un manque de financement structurel, avec la conséquence de rendre précaires les actions et missions qui sont menées.

Je ne vais pas vous entretenir des différentes conceptions philosophiques et politiques que recouvre le concept de la réduction des risques, qui donnent lieu à de nombreux débats, si intéressants soient-ils. Sachez simplement que quand je parle de RDR, je considère qu'il s'agit des actions spécifiques de réduction des risques sanitaires et sociaux liés aux usages de drogues, à l'exclusion d'autres stratégies que certains incluent dans la définition. D'autres stratégies donc qui visent soit la prévention des usages, soit la prise en charge de la dépendance. Il ne s'agit évidemment pas de mettre ces différentes stratégies d'intervention en opposition car elles sont complémentaires, mais si tout est dans tout, on ne distingue plus rien et c'est la confusion.

### – Contexte de création de DUNE : 1998

Cette précision effectuée, je propose tout d'abord de vous dire quelques mots sur le contexte de création de l'ASBL DUNE ... on est en 1998 et les acteurs de la santé tentent de faire face à l'épidémie du SIDA. L'accès à la méthadone comme traitement de substitution est possible, des traitements thérapeutiques sont disponibles mais certains usagers restent des consommateurs actifs qui ne souhaitent pas ou n'arrivent pas à tirer bénéfice d'un traitement.

Grâce au militantisme d'usagers de drogues et d'intervenants médico-psycho-sociaux, l'association voit le jour pour rencontrer l'absence d'accès aux soins minimaux pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, mis à part les urgences et le CCLA (Citoyens comme les autres) qui fermera d'ailleurs ses portes à la même période.

### – Sources de financement

Au sujet des sources de financement, notez que ce n'est que fin 2009 que DUNE a bénéficié d'un agrément définitif par la COCOF dans le cadre du décret « ambulatoire » pour remplir trois missions : 1° de la RDR (sous l'item de la prévention), 2° de l'accompagnement, 3° et du travail de rue (comme mission spécifique). Le personnel agréé correspond à 2,75 ETP, ce qui est tout à fait insuffisant pour faire tourner l'ASBL.

Nous bénéficions aussi de 6 postes ACS (5 éducateurs et un universitaire).

A cela s'ajoute d'autres subsides temporaires, des subsides annuels, soumis à des appels à projets. Actuellement, DUNE est dans une situation très précaire pour différentes actions :

- le service infirmier mis en place depuis 2005 sur une subvention du SPP Insertion sociale est en difficulté car ce subside n'a été reconduit que jusqu'en septembre 2012 ...;
- de 2009 à 2011, DUNE a été promoteur du Réseau « santé » de la Cocof, appelé « Nomade » qui articule les secteurs de la précarité et de la toxicomanie mais son renouvellement est pour le moment en suspens ...;
- le Fonds Assuétudes du SPF Santé publique nous permet de développer des recherches, des actions spécifiques et des projets novateurs. La réforme de l'Etat en cours laisse planer une incertitude sur ce que va devenir cette subvention si la compétence fédérale est transférée aux Communautés;
- quant au financement du matériel stérile d'injection, il dépend de la Communauté française et de la centrale d'achat coordonné par Modus Vivendi. Toutefois, le nombre de comptoirs d'échanges a augmenté, de même que les demandes des usagers, sans que l'enveloppe budgétaire ne soit modifiée, ce qui fait que ce financement n'est pas suffisant pour couvrir nos besoins (comme pour de nombreux comptoirs).

### – Activités développées

En ce qui concerne les activités développées par DUNE, il est important de préciser que les services fournis aux usagers sont inconditionnels et entièrement gratuits. Nos bénéficiaires sont en majorité des usagers qui se trouvent dans une situation de grande précarité et d'exclusion sociale.

Concrètement, le travail de DUNE peut être présenté selon 7 axes :

#### 1° L'échange de seringues :

Le comptoir d'échange de seringues, nommé le CLIP – ce qui signifie « comptoir local d'information et de prévention » – est situé près de la Porte de Hal. Il est ouvert du lundi au samedi de 19 à 23h à toute personne qui se pose des questions sur les drogues, même si ce sont essentiellement des usagers de drogues qui le fréquentent. Ces usagers sont principalement consommateurs d'héroïne ou de cocaïne par voie intraveineuse.

Nos statistiques 2011 sont encore à l'étude, je me réfère donc à l'année 2010 pour vous donner quelques données chiffrées :

- en 2010 donc, il y a eu 2.685 passages d'usagers au comptoir;
- ce sont 817 usagers différents qui en constituent la file active (on aurait dépassé la barre des 1.000 usagers en 2011);
- près de 90 % sont des hommes, les femmes représentant seulement 11,3 %;
- quant à la courbe d'âge, elle montre qu'environ 30 % de notre public a moins de 30 ans;
- à Bruxelles, il y a trois comptoirs d'échanges de seringues (LAIRR de Transit, SEP SUD et le CLIP). Espace P, Modus Fiesta et les antennes du projet Lama peuvent également dépanner les injecteurs de leurs publics. Le CLIP est le plus important comptoir à Bruxelles : sur 75.623 seringues distribuées à Bruxelles en 2010, 64.884 l'ont été par le CLIP, soit 85 %;
- quant aux seringues rapportées à DUNE, le taux d'échange se situe entre 80 % et 100 % selon les années.

Le matériel stérile qui peut être obtenu, anonymement, comporte plusieurs éléments :

- la seringue;

- un tampon alcoolisé pour désinfecter le lieu de l'injection;
- un « stéricup » c'est-à-dire une cuillère en alu pour faire le mélange, accompagnée d'un filtre et d'un tampon sec à utiliser après l'injection;
- de l'eau stérile pour faire le mélange;
- de l'acide (pour héroïne ...) pour chasser les impuretés;
- des feuilles d'aluminium pour ceux qui pratiquent la fumette.

Il est important de souligner que l'accès à l'ensemble de ce matériel stérile est un facteur essentiel de prévention de la transmission du VIH-SIDA mais également du virus de l'hépatite C.

L'échange de seringues est une chose importante, mais le CLIP, c'est aussi un lieu d'accueil, d'information et de soins. C'est un lieu d'écoute accessible aux horaires décalés des usagers où une information sur la réduction des risques est disponible sous la forme de brochures, d'affiches et surtout de conseils.

Pour créer ou recréer du lien avec ce public fragile, il est nécessaire que les personnes puissent trouver un lieu où se poser, un lieu où discuter autour d'une tasse de café et quelque chose à manger, un cadre calme où les usagers ne sont pas confrontés à un quelconque jugement. Cet accueil, l'écoute et le lien de confiance qui peut se nouer encouragent l'expression de demandes.

### 2° *Le travail de rue :*

Le travail de rue mené en soirée par les travailleurs sociaux et les infirmières permet d'aller à la rencontre des habitants de la rue. C'est une modalité essentielle du travail de DUNE qui consiste à rejoindre les personnes où elles se trouvent et à les aider à satisfaire leurs besoins.

La rue tisse un fil ténu entre les « sans-abris » et les travailleurs, dans une tentative d'appivoiser les plus démunis, les plus méfiants et les plus marginalisés, dans le but de les réconcilier, peut-être, avec les institutions. En effet, nombreux sont ceux qui refusent tout lien avec les institutions : les soins et les échanges en rue sont alors la seule solution, dans un premier temps.

### 3° *Les soins infirmiers et les accompagnements :*

Les soins infirmiers de première ligne permettent de rencontrer plusieurs besoins des usagers et de poursuivre plusieurs objectifs :

- améliorer le contact avec le public;
- encourager la capacité des usagers à se réapproprier progressivement leur bien-être par l'attention qui est donnée au corps, en dehors de toute médicalisation;
- fournir une écoute qui favorise l'expression d'autres demandes.

Lorsqu'il n'est pas possible de répondre à la demande de soins (comme pour les problèmes dentaires par exemple), le patient est orienté vers le service compétent.

Nous sommes en quelque sorte les « traducteurs », les facilitateurs ou les médiateurs entre les usagers et le monde médical qui leur paraît froid, incompréhensible, effrayant, et dont ils sont souvent exclus. Nous essayons de faciliter l'accès aux soins, en tentant – parfois pendant des mois – de persuader les personnes d'aller à l'hôpital ou de voir un médecin. Le fait d'être accompagné les rassure, les pousse à consulter, et rassure aussi le personnel médical qui n'est pas toujours à l'aise avec les gens de la rue et les usagers de drogues. Beaucoup de préjugés persistent, les difficultés sont énormes et les incompréhensions multiples.

### 4° *Des services en matière d'hygiène :*

Au CLIP, les usagers ont également la possibilité de faire une lessive par semaine. Nous avons aussi un vestiaire que nous alimentons par les dons. En hiver, on se procure des couvertures. Un service de douche est également organisé grâce à une collaboration avec une Maison médicale. En fonction des dons et de nos possibilités financières, nous essayons de distribuer shampooings, savons, cotons-tiges, brosses à dents et dentifrice.

### 5° *L'accompagnement social :*

Tous les mercredis après-midi, le service social offre une possibilité d'entretien confidentiel en vue d'initier un suivi social. Si l'utilisateur le souhaite, il sera possible d'entamer des démarches administratives en vue de refaire ses papiers d'identité, d'obtenir une carte d'aide médicale urgente ou mettre sa mutuelle en ordre, d'obtenir un revenu d'intégration sociale auprès d'un CPAS, de mettre en place une médiation

de dettes, de chercher un lieu d'hébergement, voire même parfois un lieu de cure ...

#### 6° Le travail de réseau centré sur l'intersectorialité :

Pour répondre aux demandes des usagers, DUNE entretient un réseau de partenaires qui permet de relayer certaines demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Dans le cadre des relais ainsi réalisés, la personne n'est pas envoyée vers un autre service, mais bien accompagnée physiquement pour faciliter la rencontre.

Les partenariats et concertations passent aussi par la réalisation du Bon Plan, c'est-à-dire un agenda reprenant les points d'assistance médicale et sociale de première ligne à Bruxelles sous la forme d'un plan géographique auquel sont joints des messages de prévention.

Les concertations se développent aussi dans des réseaux plus structurés, comme les réseaux santé de la COCOF (Nomade et le Réseau hépatite C) ou la plateforme Via-B (qui regroupent des associations ayant en commun le travail de rue).

Bien d'autres intervenants sont rencontrés dans le cadre de notre travail pour éventuellement développer des projets ensemble, former ou sensibiliser : par exemple, les services communaux (gardiens de parc, éducateurs), la STIB, la SNCB (comme dans le projet « HOPE in stations »), les écoles d'infirmières, etc.

#### 7° Et des actions de recherche et projets novateurs :

Ces actions visent à évaluer constamment l'adéquation des services offerts et leur adaptation aux besoins des usagers et aux changements dans les modes de consommations en vue de développer de nouvelles stratégies.

Pour ne citer qu'un aspect, DUNE a développé des recherches concernant les jeunes injecteurs et le contexte de la 1<sup>ère</sup> injection, qui ont amené à promouvoir le projet d'installation d'automates d'échanges de seringues. En effet, les jeunes injecteurs réprovoient paradoxalement l'injection et ont donc tendance à se cacher, à ne pas fréquenter des lieux comme les comptoirs d'échanges, ce qui maximalise les risques d'accident et contamination.

#### – **Activités à développer et pistes de réflexion**

Le dernier point dont je souhaite vous parler concerne les activités à développer et des pistes de réflexion. Une étude intitulée *Drogues en chiffres III*,

réalisée par le Département de droit pénal et de criminologie de l'Université de Gand dresse la carte des dépenses publiques relatives à la politique de l'Etat belge et de ses entités en matière de drogues. Dans cette étude, Brice De Ruyver met en évidence que la RDR s.s. (*testing*, échange de seringues) fait l'objet d'un sous-financement structurel, « malgré son efficacité prouvée ». Si cette reconnaissance de l'efficacité de la RDR réjouit le secteur, elle invite également à la nécessité de reconnaître la RDR comme un 4<sup>ème</sup> pilier des politiques de santé en matière de drogues, à côté des trois piliers existants que sont la prévention, le traitement et la répression.

De plus, pour sortir le secteur de la RDR de la précarité dans laquelle il se trouve, il devient également urgent que les différentes entités compétentes en matière de santé se mettent autour de la table pour articuler leurs politiques autour d'une répartition logique des compétences.

Le financement structurel du matériel stérile d'injection et des soins infirmiers dispensés dans les comptoirs d'échanges de seringues me semble essentiel, pour ne citer que deux exemples concrets.

Pour réaliser un maillage et une meilleure complémentarité des actions de RDR, il est important de continuer la réflexion et d'envisager l'implémentation concertée de nouveaux dispositifs de RDR absents à Bruxelles, mais qui ont démontré leur efficacité dans d'autres villes et pays. Je pense particulièrement :

- L'installation d'automates d'échanges de seringues que DUNE a tenté de mettre en place en 2011 et dont Monsieur Bara vous a parlé aujourd'hui en mettant en évidence les bénéfices en termes d'accessibilité du matériel stérile d'injection, de points relationnels et de santé publique.
- À la création de salles de consommations supervisées qui permettent d'assurer l'usage d'une cuillère pour une seringue et donc de lutter contre le SIDA et l'hépatite C, mais aussi de favoriser le passage à d'autres modes de consommation ou vers des traitements thérapeutiques.

Je pense aussi à des dispositifs précaires comme :

- les actions visant à tester la qualité des substances consommées;
- 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 géographique en région bruxelloise.

En ce qui concerne les publics visés, des actions de RDR devraient être menées auprès de publics fortement fragilisés et difficilement accessibles par les services, à savoir :

- Les très jeunes injecteurs, parmi lesquels les mineurs.
- Et ceux que l'on nomme par facilité les sans-papiers ... ».

## 8. Discussion

**Mme Catherine Moureaux (PS)** remercie les intervenants et trouve que leurs exposés sont intéressants dans la mesure où ils déconstruisent les idées reçues et proposent des solutions dont il faudrait s'inspirer.

La commissaire souhaite connaître le coût des kits et évoque le défi par rapport à l'hépatite C : quels peuvent être les bénéficiaires de la RDR en matière de santé publique par rapport à ce virus ?

**Mme Dominique Braeckman (Ecolo)** revient sur l'enquête « Adolescence en exil » faite dans trois établissements scolaires : les enquêteurs ont-ils constaté des tensions de genre ? Existe-t-il une différence de perception entre les filles et les garçons quant à la façon de voir la situation ? Comment ont vécu ces jeunes après s'être exprimé ? Et ce type d'enquête est-il envisagé auprès d'enfants et de pré-adolescents ?

A Jean-Louis Bara, l'intervenante demande si les jetons donnant accès aux automates peuvent être obtenus dans les pharmacies (et les pharmacies de garde) ?

**Mme Béatrice Fraiteur (FDF)** remercie Pascale Jamouille pour son exposé et s'engage à lire l'étude présentée.

A Jean-Louis Bara, l'intervenante demande quels sont les lieux où les usagers de drogue peuvent se procurer les jetons et lui demande s'il y a des obstacles.

A Frédérique Bartholeyns, la commissaire dit qu'elle a bien entendu son message sur les problèmes de financement. Quant aux automates, y en a-t-il à Bruxelles, où, depuis quand ?

**M. Jacques Morel (Ecolo)** réagit à l'exposé de Pascale Jamouille. Il estime que dans l'étude « Adolescence en exil », il y a peu de liens forts entre la situation ethnique et la situation sociale, sauf pour la situation géographique (le croissant).

Concernant la RDR, le commissaire souhaite savoir ce qu'il en est de « l'affaire de l'automate » à Saint-Gilles. Existe-t-il ce distributeur ? Il insiste sur l'importance pour la RDR de se baser toujours sur un double réseau : les distributeurs automatiques d'une part et le tissu associatif et les pharmacies d'autre part. Est-ce possible à Bruxelles ?

M. Morel souhaite savoir quel est le coût de ce dispositif pour la sécurité sociale et quel serait le coût en Belgique, où la seule prise en charge semble être actuellement quelques kits et quelques infirmiers !

**Mme Anne Herscovici (Ecolo)** revient à la situation française : quand Paris décide, tout se fait, et pourtant. Concernant la Belgique, la commissaire souhaite savoir s'il existe une concertation, une réflexion globale sur cette thématique de la RDR et plus particulièrement sur les programmes et les distributeurs de seringues.

**Mme Pascale Jamouille (anthropologue, chargée de cours au laboratoire d'anthropologie de l'UCL et membre de l'équipe du Méridien)** expose qu'une même méthodologie a été suivie dans les trois écoles, et qu'un chercheur de Méridien (en santé mentale) et un chercheur universitaire ont participé à l'enquête qui ne s'est pas déroulée uniquement en milieu scolaire.

Elle relève encore la nette progression du taux de réussite auprès des élèves qui ont participé à l'étude, tant une remobilisation a eu lieu.

En réponse à la tension de genre, Mme Jamouille répond qu'en effet cette question a été abordée dans des groupes composés de filles uniquement. De façon générale, les filles sont moins désabusées et comptent plus de réussite scolaire jusqu'à 16/17 ans où on observe un décrochage dû notamment aux mariages arrangés.

L'enquête a permis par ailleurs de s'interroger sur le métissage pays d'origine/pays d'accueil. L'intervenante précise que de telles enquêtes sur les enfants et pré-adolescents sont des enquêtes qu'on peut retrouver sur les sites de santé mentale et plus précisément à cette adresse : [www.uclouvain.be/99025.html](http://www.uclouvain.be/99025.html).

Mme Jamouille revient à l'enquête : comment se construit la discussion sociale ? Les jeunes concernés, originaires des populations immigrées, tiennent un propos social : ils reprochent l'inégalité sociale, la monoculturalité, les manques du pays d'accueil en termes de d'ascension sociale et de décloisonnement des quartiers.



A la question du prix des kits, **Mme Bartholeyns (directrice de l'ASBL Dune)** informe que les seringues coûtent 10 cents. Elle propose de communiquer ultérieurement à la commission un document reprenant le coût des différents matériels et des containers (cf. bon de commande annexé). Le coût total des échanges pour DUNE est d'environ 17.000 € en 2011. La file active des usagers étant de plus en plus importante, le coût des échanges augmente aussi. Pour des données sur Bruxelles en général, elle propose que l'information soit récoltée par la commission auprès de Modus Vivendi qui anime la Centrale d'achat des comptoirs. Des kits STERIFIX sont disponibles en pharmacie. C'est Modus Vivendi qui prépare les pochettes (brochure d'information, 2 cuillères, 2 stérêts, 2 flapules d'eau) et les pharmaciens y glissent alors 2 seringues, et leur coût est de 50 cents pour les usagers. Actuellement, les pharmaciens se désensibilisent et se démobilisent : il y a de moins en moins de pharmacies qui distribuent les kits; elles vendent aussi parfois des boîtes de 10 seringues, plus cher.

Concernant l'impact de la RdR sur l'hépatite C, le rapport coût/bénéfice est difficile à évaluer, car il y a plusieurs facteurs qui interviennent. Il est donc difficile d'isoler l'échange de seringues des traitements de substitution (à la méthadone par exemple). 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 uniquement), soit autour de 200.000 €. Actuellement, la Centrale d'achat (17 comptoirs) fonctionne avec seulement 30.000 €.

Mme Bartholeyns précise qu'aucun automate n'est encore en place à Bruxelles. Une borne avait été achetée par DUNE afin d'être placée près de la gare du midi mais le projet n'a finalement pas abouti et la borne n'a pas pu être activée. En effet, des accords ponctuels avec les pouvoirs communaux ne suffisent pas, il faut une politique globale cohérente.

En réponse aux questions sur l'INAMI, l'intervenante informe les commissaires que l'INAMI finance, par le biais du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudés, des infirmières et médecins à temps partiel pour les dispensaires des comptoirs de DUNE, Namur et Charleroi, mais pas les kits. Ce financement concerne des projets d'impulsion : il n'est donc pas structurel. La difficulté d'un financement structurel par l'INAMI est que le caractère anonyme et gratuit des prestations, s'il est une nécessité vu la situation d'extrême précarité sociale et économique des publics visés, peut apparaître comme un frein à un subventionne-

ment par l'INAMI au vu de son fonctionnement actuel. Ce financement concerne des projets d'impulsion : il n'est donc pas structurel. La difficulté d'un financement structurel par l'INAMI est que le caractère anonyme et gratuit des prestations, s'il est une nécessité vu la situation d'extrême précarité sociale et économique des publics visés, peut apparaître comme un frein à un subventionnement par l'INAMI au vu de son fonctionnement actuel. De plus, la RdR n'entre pas actuellement dans les missions de l'INAMI. Les dispensaires des comptoirs de Bruxelles, Namur et Charleroi sont donc dans une situation d'incertitude, vu le prochain transfert de compétences du Fonds vers les communautés et régions. D'une façon générale, il faudrait un accord global et une décision de la Commission interministérielle de la santé pour le financement des comptoirs d'échanges de seringues, le matériel stérile et les dispensaires.

En réponse à Jacques Morel sur le nombre d'infirmières, Mme Bartholeyns précise que DUNE emploie une infirmière à 4/5 temps (soutien du SPP Insertion sociale qui est encore incertain) et une seconde infirmière travaille 13 h/semaine dans le cadre du « fonds assuétudés ». Il n'y a pas de médecin à DUNE, contrairement à Charleroi et Namur où un médecin preste quelques heures par semaine.

A la question du coût/bénéfice, **M. Bara (président de l'association française SAFE)** répond que les points de vue des uns et des autres ne sont pas les mêmes. Faut-il y intégrer les coûts sociaux et les services de police ? Comment évaluer les retombées positives des « salles de consommation » qui sont très « monitorées » et ont un effet protecteur, en ce compris pour le sida et l'hépatite.

En effet, la contamination pour le virus VHC (hépatite) se fait très tôt. Parmi les moins de 39 ans, 30 % des injecteurs sont contaminés. M. Bara rappelle que les premières injections se font vers l'âge de vingt ans, et qu'à cet âge les jeunes sont peu tournés vers la RdR, alors que c'est l'âge où ils pourraient en tirer le plus grand bénéfice. Il pense que par rapport à une épidémie de type hépatique, le kit serait un bon produit d'appel.

**Mme Catherine Moureaux (PS)** constate donc que les jeunes utiliseraient les automates.

**M. Bara** répond qu'en effet c'est la façon, avec les salles de consommation, d'avoir un contact avec les jeunes injecteurs, qui sont largement contaminés dans les lieux festifs, mais qui ont peur de se faire connaître et de « se faire stigmatiser ».

A titre d'exemples, durant les trois jours que dure le festival des Vieilles Charrues à Carhaix (Bretagne), 10.000 seringues sont utilisées en trois jours.

Répondant aux questions sur les jetons, l'intervenant informe qu'en pharmacie (en France), les jetons sont payants, que 50 % des pharmacies acceptent de délivrer le matériel et que 30 % acceptent de délivrer de la méthadone.

En réalité, la RdR fonctionne pour l'ensemble du dispositif : le recours aux automates est complémentaire. Concrètement c'est l'ASBL SAFE qui prépare les kits. Ces kits peuvent être obtenus dans les associations, dans les automates, dans certaines pharmacies (1.000 à Paris) et dans certains services d'urgence des hôpitaux (Lariboisière par exemple). Les jetons sont disponibles aussi dans certaines municipalités.

M. Bara pense que dans le domaine de la RdR, si on attend toutes les évaluations de tous les éléments du dispositif, on n'avance jamais. Une chose importante pour démarrer est d'imaginer les lieux possibles de distribution des jetons. L'intervenant, pour en revenir à la situation bruxelloise, pense qu'installer un seul automate au départ, ce n'est pas une bonne idée : il sera sous le feu des projecteurs et tout s'arrêtera (comme à Barcelone). Il faut des partenaires : à Paris ce sont les organisations « Médecins du Monde » et « Médecins sans frontières » qui les premiers ont installé des automates sur leurs propres murs. A Marseille, il y a huit automates pour huit arrondissements : cela atténue l'effet de concentration. Il faut étaler les dispositifs.

Pour Bruxelles, M. Bara estime qu'il faudrait commencer avec cinq ou six distributeurs de kits. Il estime à 2.500 € le coût d'un distributeur.

Le président remercie les invités pour la qualité de leurs interventions.

### **9. Audition de Muriel Goessens, directrice de l'ASBL Transit, accompagnée de Julien Fanelli, responsable du comptoir (LAIRR)**

« Monsieur le président, Mesdames et Messieurs les commissaires, au nom de toute l'équipe du centre Transit, je tiens sincèrement à vous remercier pour cette invitation au Parlement bruxellois. En tant que directrice de l'ASBL Transit qui œuvre depuis plus de 16 ans dans le secteur de la prévention des assuétudes et de la réduction des risques, je me félicite de cet intérêt du monde politique pour notre secteur même si, comme acteur de terrain, je ne pourrai véritablement me réjouir que si cette initiative aboutit à une réelle reconnaissance politique et financière de notre travail au-delà de la simple prise de conscience de la nécessité de notre action en matière de réduction des risques.

Car, en effet, vous n'êtes pas sans savoir, surtout depuis l'intervention de Madame Catherine Van Huyck, (directrice de l'ASBL Modus Vivendi) et de Madame Frédérique Bartholeyns (directrice de l'ASBL Dune) ici même au Parlement, que notre secteur souffre d'un manque de moyens structurels et d'un manque de soutien politique.

Aussi, mon but n'est de pas de venir redire ce qui vous a déjà été largement exposé par mes collègues dont je partage l'analyse ni même de surenchérir sur ce qui se fait ailleurs en Europe, puisque Monsieur Jean-Louis Bara (président l'association Safe en France) s'en est déjà chargé, mais mon intention est plutôt de témoigner de la réalité de notre pratique institutionnelle et de ses difficultés.

### **1<sup>ère</sup> Partie : Le centre d'accueil d'urgence et ses difficultés**

#### *Philosophie du centre Transit*

Transit est un centre d'accueil de première ligne qui propose un accompagnement psychosocial non médicalisé et un hébergement de crise à toute personne majeure présentant une problématique d'usage de drogues.

Inauguré en septembre 1995 et établi sur la commune de 1000 Bruxelles, le centre se situe à proximité de la gare du nord qui est un quartier multiculturel densément peuplé, fortement précarisé mais malheureusement peu investi par le monde associatif.

Bien que très ancré au niveau du quartier Nord de Bruxelles, cet enracinement local ne l'a cependant jamais empêché de déployer ses actions sur l'ensemble de la Région bruxelloise et même de les étendre aux autres régions du pays. Etant donné ce rayonnement national, l'équipe est ainsi fréquemment amenée dans sa pratique à prendre en charge des personnes venant de toute la Belgique en raison notamment de la formule d'accueil inédite du centre Transit. Celle-ci se caractérise, en effet, par la pratique du « bas seuil d'accès » qui permet une prise en charge inconditionnelle, rapide et adaptée des usagers en situation de détresse et de grande précarité.

Cette notion de « bas seuil » peut se décliner au centre Transit de différentes façons avec des implications directes sur la manière de concevoir l'admission des usagers, l'accessibilité au centre et la philosophie de travail.

1. Au niveau de l'admission : le bas seuil est à entendre comme une absence totale d'exigences administratives et financières posées au moment de l'accueil.

Concrètement, cela signifie que pour bénéficier des services dispensés par Transit, l'utilisateur ne doit pas obligatoirement être en possession d'un document d'identité, d'une assurance soins de santé ou d'un titre de séjour en règle, ni même avoir des revenus puisque la gratuité des services est totale.

L'avantage incontestable d'un tel dispositif est qu'il permet de s'adresser à un public très large sans distinction ni discrimination étant donné que la situation administrative, financière et sociale de l'utilisateur ne constitue pas un préalable à la prise en charge. Cette particularité tout à fait unique en Belgique et spécifique au centre Transit détermine bien entendu le profil du public accueilli vu qu'elle permet de venir en aide aux personnes les plus démunies et les plus marginalisées qui souvent, en raison de leur consommation anarchique ou de la précarité de leur situation sociale et administrative, se retrouvent exclues du réseau de soin traditionnel.

Le succès de ce type de dispositif qui se vérifie d'année en année – comme en témoigne **le nombre sans cesse croissant de personnes prises en charge** depuis 16 ans – est d'ailleurs la preuve qu'il répond à une problématique bien réelle qui est celle de la prise en charge en Belgique et tout particulièrement à Bruxelles des usagers les plus marginalisés.

2. Au niveau de l'accessibilité : la notion de bas seuil renvoie aussi à l'idée qu'une prise en charge est possible 24h/24 et 7 jours/7, sans rendez-vous ni entretien préliminaire d'admission.

Cette formule répond pour nous à un **impératif de santé publique** qui consiste à pouvoir offrir, de jour comme nuit, une aide immédiate et urgente au plus grand nombre d'utilisateurs possible car telle est la vocation de notre centre de crise.

A côté de cela, le choix de pratiquer l'accueil immédiat répond aussi à une caractéristique essentielle du public toxicomane qui veut que, bien souvent, celui-ci ne formule sa demande que lorsqu'il se retrouve en situation de détresse, voire de danger. Dans ces conditions, il est non seulement illusoire mais parfois choquant d'attendre de sa part ou d'exiger qu'il se présente quand il sera « *clean* » ou encore de le faire patienter des jours, voire des mois – comme c'est le cas actuellement à Bruxelles – avant une éventuelle entrée en cure ou en hospitalisation.

Notre expérience de 16 ans avec un public marginalisé nous a enseigné qu'il y a des moments de rencontre qu'on ne peut pas laisser passer et qui ne peuvent pas être postposés dans le temps sous peine de perdre définitivement le contact et la confiance de l'utilisateur parce que sa temporalité à lui, surtout quand

il est en crise, n'est pas du tout la même que la nôtre.

C'est d'ailleurs ce même obstacle par rapport à l'accessibilité aux services de soin qui, il y a 25 ans, a conduit au désastre sanitaire sans précédent que nous avons connu en Europe avec l'épidémie du sida et cela, notamment en raison du fait que toute une série d'utilisateurs n'entraient pas dans les conditions d'accès standard du système de soin.

3. Au niveau de la philosophie de travail : la notion de bas seuil est aussi à entendre à Transit comme un certain positionnement institutionnel ou comme une certaine façon de penser le « cadre » notamment face à la consommation de l'utilisateur et aux objectifs à atteindre.

A cet égard, la philosophie du centre Transit a depuis toujours consisté à proposer de l'aide aux personnes toxicomanes en les laissant libres de choisir ou non l'abstinence. Cette position institutionnelle qui consiste à accueillir les patients sans jugement, sans *a priori* et dans le respect du secret professionnel n'est cependant pas spécifique, il est vrai, à notre centre car la plupart des autres institutions, qu'elles soient thérapeutiques ou non, travaillent également dans cette optique.

Cependant durant leur hospitalisation ou leur séjour, aucune de ces structures ne tolèrent normalement les épisodes de consommation sous peine de mettre fin au contrat qui les lie au patient. A Transit, à la différence, le comportement de l'utilisateur à l'extérieur du centre n'a jamais fait l'objet d'une sanction ou d'un renvoi même durant sa période d'hébergement, à condition bien sûr qu'à l'intérieur du centre la règle de l'abstinence soit respectée. En clair, jamais l'équipe ne tiendra rigueur à quelqu'un s'il consomme en dehors du bâtiment, à moins vraiment que son comportement soit ingérable à son retour dans le centre.

Une des conséquences de cette stratégie est que beaucoup d'utilisateurs qui ne tiennent habituellement pas le coup dans une structure de soin habituelle – que ce soit en hôpital psychiatrique ou en centre de cure – y parviennent chez nous et peuvent de la sorte profiter de leur séjour pour diminuer leur consommation ou, en tout cas, mieux la gérer. Du coup, du fait qu'ils ne sont pas exclus en étant livrés à eux-mêmes, ils sont mieux encadrés pour élaborer et mettre en place un projet concret de réinsertion.

Cette philosophie de travail contraste évidemment assez fort avec l'idée fréquemment véhiculée par notre société et alimentée par certains discours conservateurs selon laquelle l'abstinence ou le sevrage constituent les seules vraies issues face au problème de l'usage de drogues.

Notre expérience de terrain qui rejoint d'ailleurs celle de nos partenaires travaillant ici en Belgique mais aussi en France, en Suisse ou au Canada, a cependant fini par montrer que, pour toute une série de personnes, cet idéal qui consiste à vivre sans le produit n'est pas toujours possible ou n'est tout simplement pas tenable même à court terme. Ce constat effectué il y a déjà plus de vingt ans par un certain nombre de professionnels de la santé travaillant au quotidien avec des usagers de drogues marginalisés, a permis de mettre en évidence la nécessité d'une approche complémentaire et alternative aux politiques traditionnelles basées uniquement sur le soin ou la répression.

C'est dans ce contexte que Transit s'est engagé, à l'instar d'autres institutions bruxelloises comme la Mass ou le projet Lama et d'autres encore dans la voie d'une politique de réduction des risques et d'accueil bas seuil. A ceci près que Transit a toujours été, à la différence des deux précédentes structures, un dispositif d'hébergement et d'accompagnement social non médicalisé.

En résumé : Comme vous pouvez donc le constater, cette définition du bas seuil s'applique pour nous au « cadre de travail » spécifique et particulier de notre centre, mais jamais elle ne fait référence à la nature du public avec lequel nous travaillons.

Nous réfutons l'idée même d'un « public bas seuil », c'est-à-dire un public qui mériterait moins d'attention, moins de moyens ou, pire encore, qui serait considéré comme moins bien qu'un autre. C'est pourtant le triste sentiment que nous ressentons en tant que travailleurs du secteur « bas seuil » à chaque fois que nous sommes priés d'accueillir les patients indésirables et exclus du monde médical ou de la société en général. Au fond, le schéma classique est un peu le suivant : le secteur médical a souvent tendance à vouloir se débarrasser du toxicomane en l'orientant vers les structures plus spécialisées qui, à leur tour, nous « renvoient » leurs patients les plus récalcitrants ou avec lesquels ils ne savent plus quoi faire.

Par définition, les structures « bas seuil » constituent, il est vrai, le dernier réceptacle ou le dernier filet avant la rue et le monde de l'exclusion. Sauf qu'à notre niveau, il nous faut, pour réussir, faire mieux que nos partenaires mais en moins de temps et avec beaucoup moins de moyens !

Etant donné la saturation actuelle de notre service due à l'afflux sans cesse croissant de demandes de prise en charge, le risque est cependant bien réel qu'un jour le bas seuil en vienne à signifier « résultats bas seuil » ce qui n'a jamais été la politique de notre centre. Nous reviendrons plus tard sur ce point ...

Voici à titre illustratif quelques données qui témoignent de la réalité sociale et sanitaire de notre public pour l'année 2010 :

*Données sociales et démographiques de notre public :*

- 85 % de notre public est composé d'hommes;
- 75 % des usagers ont entre 25 et 40 ans;
- 23 % n'ont aucun domicile;
- 65 % n'ont pas dépassé le stade des études du niveau secondaire inférieur;
- 73 % dépendent des différentes allocations sociales existantes (revenu du CPAS, allocations de chômage, indemnités de la mutuelle, allocations d'invalidité);
- 24 % n'ont aucune source de revenu, contre seulement 1,7 % bénéficiant d'un revenu professionnel propre;
- 41 % disent avoir des problèmes avec la justice.

*Données liées à la consommation :*

- La plupart des usagers sont polytoxicomanes (en moyenne 4 produits différents consommés par personne).
- La cocaïne et l'héroïne sont les produits les plus fréquemment consommés (72 % des personnes). Viennent ensuite respectivement le cannabis (62 %), l'alcool (52 %) et les tranquillisants (48 %).
- Plus de 2/3 des personnes dépendantes à la cocaïne, à l'héroïne et au cannabis le sont depuis plus de 10 ans.
- Environ 50 % des usagers ont un traitement méthadone.

*Fonctionnement du centre d'accueil*

Comme on vient de le voir, Transit est donc un centre d'accueil d'urgence qui propose au sein des mêmes locaux et toujours selon le principe du bas seuil d'accès **deux modalités d'accueil** : l'une, en centre de jour et l'autre, en centre d'hébergement.

L'accueil bas seuil, le centre de jour et le centre d'hébergement sont ainsi les trois piliers sur lesquels repose la méthodologie de travail propre au centre

Transit. Ceux-ci permettent de tendre un pont entre un monde d'exclus et le reste de la société.

### 1. Premier pilier : le bas seuil

Etant donné que nous venons de décrire un peu plus haut cet aspect central de la prise en charge et ses avantages, nous n'allons plus revenir là-dessus.

### 2. Deuxième pilier : le centre de jour

Il permet d'assurer une prise en charge en journée via une **permanence psychosociale** accessible 7 jours/7 et d'être, après ce moment d'accueil, à l'écoute des usagers et de leurs problématiques via un suivi administratif de leur situation. C'est également un lieu d'accueil et de soutien pour les personnes en souffrance et en demande d'aide psychologique.

A côté de cela, une des priorités du centre de jour est aussi de veiller à ce que les besoins les plus élémentaires soient assurés en offrant à ces personnes la possibilité de prendre un repas, de se laver, de se reposer et de renouer des contacts sociaux en participant à des activités occupationnelles : jeu de société, activités sportives ou culturelles, atelier emploi, table du logement, etc. Toutes ces activités étant destinées à améliorer le quotidien de l'utilisateur en le soutenant dans son processus de reconstruction.

### 3. Troisième pilier : le centre d'hébergement

Il dispose d'une **capacité d'accueil de 21 lits** et la durée moyenne des séjours est d'environ **13 jours**. Il s'agit d'un hébergement de courte durée qui a pour vocation d'offrir, via un cadre de vie communautaire, un lieu de ressourcement convivial et sécurisant grâce à un encadrement assuré, de jour comme de nuit, par une équipe de travailleurs sociaux. C'est aussi la possibilité pour les usagers de disposer d'une chambre accueillante et d'un espace de vie structurant pour, à partir de là, trouver des solutions plus durables.

Bien souvent, il s'agit durant cette courte période de répondre de façon réaliste à ce qui fait le plus problème et non à tout ce qui fait problème. Etant en effet un « lieu de transit », comme le nom de l'institution l'indique d'ailleurs, le centre d'hébergement de crise propose des séjours limités dans le temps afin que ce temps soit justement offert au plus grand nombre d'usagers possible. Cette brièveté de l'hébergement est la seule façon de créer un *turnover* important au sein des résidents ce qui est essentiel pour un centre de crise dont la vocation est de pouvoir rester accessible à tout moment (de jour comme de nuit) pour des situations d'urgence.

Notons au passage que tous les services proposés dans le cadre du centre de jour sont les mêmes et restent valables pour les personnes hébergées au centre de crise.

#### Objectifs du centre Transit

En prenant appui sur les trois piliers que constituent le « bas seuil », le « centre de jour » et le « centre d'hébergement », Transit est en mesure de proposer aux usagers des services qui permettent de répondre à trois objectifs majeurs :

- Offrir un lieu d'accueil, de ressourcement, de resocialisation.
- Effectuer une remise en ordre socio-administrative de la situation de l'utilisateur.
- Permettre une orientation de l'utilisateur qui soit adaptée à son projet et à l'état de sa situation économique, sociale et médicale.

Ces objectifs étant intimement liés entre eux, ils sont tous à considérer comme un moyen d'atteindre un même but : celui de permettre aux personnes les plus fragilisées d'être entendues dans leur détresse et d'avoir accès aux droits les plus fondamentaux de la dignité humaine.

#### Cadre politique et sources de financement

Inaugurée le 18 septembre 1995, l'ASBL Transit est née dans le cadre des **Contrats de Sécurité** (actuellement renommés : « Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention ») qui consistaient à l'époque à développer une politique de prévention en aidant les communes à faire face à l'augmentation conjointe de la criminalité, du sentiment d'insécurité et de la précarité dans certains quartiers.

Quant à la **mission** du centre, elle se voulait, au départ, une réponse à une demande particulière des forces de police : celle de disposer d'un établissement qui pourrait accueillir et offrir immédiatement une aide psychosociale aux toxicomanes qui, après avoir été interpellés, étaient par la suite relâchés sur instruction du parquet.

En ouvrant ses portes, Transit s'inscrivait donc clairement dans le cadre d'une politique d'accueil et de resocialisation des toxicomanes, c'est-à-dire dans le cadre d'une **politique de prévention de la criminalité**.

Ce cadre de départ qui prévoyait initialement de répondre à une mission de prévention de la criminalité a toutefois immédiatement évolué vers une **mission de**

**santé publique et de prévention de la santé** dans la mesure où la finalité de l'institution a toujours été de veiller en premier lieu et même exclusivement à l'intérêt de l'utilisateur et de son bien-être. Sur ce point, la position de l'équipe a d'ailleurs toujours été claire dans la mesure où, en tant que travailleurs psychosociaux tenus aux règles de déontologie et de secret professionnel, il n'a jamais été question de nous situer du côté de l'ordre public ou du contrôle social.

Dès le départ, les services proposés par Transit ont ainsi séduit notre public au point que le lieu fut majoritairement fréquenté par des usagers venant de leur propre initiative. Ils furent d'ailleurs rejoints par ceux qui nous étaient orientés par les intervenants du secteur social et médical qui voyaient dans l'institution Transit un outil complémentaire à leurs propres services. Ce changement de contexte, conjugué au fait que notre institution a depuis toujours travaillé exclusivement dans l'intérêt de son public venant sur la base volontaire, a inévitablement eu un impact sur l'évolution des missions de notre centre. Sauf que notre pouvoir subsidiant est cependant resté le même, ce qui n'a pas été sans poser quelques difficultés comme nous allons le voir plus loin.

A propos justement de ses **sources de financement**, l'ASBL Transit a toujours été subsidiée par le Service Public Fédéral de l'Intérieur. De même, la Région de Bruxelles-Capitale a, depuis le début, apporté sa contribution financière au projet Transit d'abord via un fonds d'impulsion au moment de l'ouverture du centre, puis par l'octroi de différents subsides au départ occasionnels mais qui, à partir de 2002, ont fini par devenir récurrents au même titre que ceux alloués par le Ministère de l'Intérieur.

### *Obstacles financiers*

Depuis sa création, le projet a été confronté à certaines contraintes au niveau du financement, pour la plupart issues des règles définies dans les directives administratives et financières régissant les subventions qui nous sont octroyées.

Il s'agit principalement des **forfaits salariaux non indexés** qui sont définis par niveau d'étude et d'engagement dans les PSSP (Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention). Tout dépassement de ces forfaits n'est pas pris en charge par les subsides des PSSP. Or, ces forfaits sont totalement insuffisants pour couvrir le coût salarial réel de chaque travailleur. Afin de pouvoir maintenir l'équilibre budgétaire et rester dans le cadre des dépenses admises, nous sommes donc contraints de payer des salaires très bas aux travailleurs. Nous n'avons donc pas les moyens de dédommager les travailleurs pour la pénibilité du travail qu'ils accomplissent (public très difficile, travail

de nuit et de week-end, horaire décalé) et les risques liés à ce travail (maladies contagieuses, agressivité verbale et physique).

La seconde difficulté rencontrée en raison de l'extrême rigidité des règles d'utilisation des subsides se situe au niveau des **dépenses en frais de fonctionnement**. Beaucoup de ces dépenses, qui sont cependant nécessaires, sont considérées comme non éligibles par les directives. Il s'agit plus particulièrement des travaux de rafraîchissement, de réparations ou d'entretien liés au bâtiment ou à ses installations ainsi que les dépenses de type investissement.

A côté de ces difficultés d'ordre financier, vient s'ajouter **l'incertitude quant à la reconduction du projet**. Depuis sa création, Transit s'est vu accorder des durées de fonctionnement annuelles, (voire semestrielles comme en cas d'absence de gouvernement) au terme desquelles, les pouvoirs subsidants décidaient de maintenir ou non le projet. Dans le meilleur des cas, le projet, comme tous les autres projets des PSSP, s'est vu attribuer une viabilité garantie de 4 ans comme ce fut le cas pour les PSSP 2007-2010. Depuis l'année dernière, avec un fonctionnement accordé de deux fois 6 mois, l'incertitude pèse plus que jamais sur les chances de maintien à long terme de notre activité.

En conclusion, tant les contraintes financières que la précarité des emplois sont responsables d'un turnover très important au sein des travailleurs et empêche donc le fonctionnement optimal du projet.

### *Constats et recommandations*

En 16 ans d'existence le centre d'accueil d'urgence a permis de prendre en charge **plus de 5.000 personnes différentes** (pour être plus exact, notre centre a procédé à l'ouverture de 5.418 dossiers) mais, jamais, il n'avait encore accueilli un nombre aussi élevé d'utilisateurs que ces dernières années.

En 2010, Transit a même atteint un « triste » record en accueillant sur la même année **567 personnes différentes** qui, dans la toute grande majorité des cas, ont été accueillies à de multiples reprises via un accompagnement en centre de jour et/ou en centre d'hébergement comme l'atteste le nombre total de **prises en charge effectuées qui s'élève à 8.413**.

Au fil du temps, le centre Transit est donc devenu un lieu incontournable et complémentaire aux autres structures d'aide aux toxicomanes si bien qu'il peut être considéré aujourd'hui comme un véritable **observatoire du phénomène d'usage de drogues en Région bruxelloise**.

Le succès de ce dispositif « bas seuil » ne peut toutefois faire oublier les menaces qui pèsent tant sur le plan politique (comme nous l'avons dit plus haut) que sur le plan de son mode de fonctionnement.

En effet, Transit ne va plus pouvoir continuer à accueillir de façon aussi exponentielle un nombre toujours plus important d'usagers en situation d'urgence. Or, le contexte socio-économique qui prévaut actuellement ainsi que la crise sans précédent du logement en Région bruxelloise ne font qu'accentuer le problème de l'exclusion sociale. Il faudrait donc, pour bien faire, multiplier les dispositifs d'accueil à bas seuil, quitte à accroître la capacité d'accueil des structures existantes, ou alors trouver une solution pour abaisser le seuil d'exigence des services de soin ou du logement auxquels notre public continue de ne pas avoir accès.

En effet, au moment de leur sortie du centre, nombre de nos usagers s'accommodent pour avoir un toit de solutions de fortune en acceptant de vivre dans des lieux insalubres que leur proposent des propriétaires peu scrupuleux (exemple : marchands de sommeil). D'autres encore se réfugient à défaut d'un logement vers des structures thérapeutiques parfois peu adaptées à leurs besoins (hospitalisation en psychiatrie, centre de cure), ce qui a pour effet d'engorger encore davantage le secteur déjà saturé et de court-circuiter les démarches entreprises dans la recherche d'un logement.

A notre niveau, nous avons tenté de remédier à ce problème en aménageant au sein de nos locaux des studios supervisés mais cette initiative, à elle seule, ne suffira pas à combler le manque criant d'alternatives en Région bruxelloise.

## **2<sup>ème</sup> partie : Les activités développées en dehors de l'accueil d'urgence**

Dans le souci de répondre le plus adéquatement possible aux besoins urgents et sans cesse croissants de certains usagers et de réagir face au manque criant d'alternatives dans le secteur, l'ASBL Transit a pris l'initiative de développer différentes actions. C'est ainsi que de nouveaux projets ont vu le jour et que le centre est parvenu à étoffer son offre de services que nous allons à présent détailler.

### *LAIRR*

Dans l'optique de mettre en place un véritable dispositif de réduction des risques jusqu'alors inexistant dans le quartier nord de la ville, le centre Transit a implanté en 1999 au sein de ses propres locaux un comptoir d'échange de seringues dénommé

« LAIRR » (Lieu d'Accueil et d'Information et de Réduction des Risques).

→ Constat : sans trop entrer dans le détail à propos du soutien politique et financier du comptoir LAIRR étant donné que nous développerons ce point plus tard (c'est-à-dire dans la 3<sup>ème</sup> partie de cet exposé), sachez seulement que ce projet n'a jamais été subventionné par aucun pouvoir subsidiant après pourtant plus de 12 ans d'existence !

### *La CLDB*

En 2001, a été créée sous l'impulsion de l'ASBL Transit et de la Coordination Locale Drogues de Saint-Gilles la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB). Réunissant à la fois des travailleurs de terrain et des acteurs politiques bruxellois actifs à des degrés divers en matière de drogues, la CLDB s'est véritablement instituée comme une plateforme de rencontre dont l'objectif a été d'offrir un lieu de réflexion, d'action et d'échange de pratiques aux différents membres des dispositifs communaux bruxellois compétents en matière de prévention des assuétudes. Depuis lors et grâce à cela, la Région bruxelloise a donc pu se doter, à l'instar des autres grandes villes du pays d'un organe de concertation et de coordination efficace pour représenter et fédérer les actions des travailleurs au sein des 19 communes.

→ Constat : Toutefois, à la différence des autres cellules de coordinations existant à Liège, Charleroi, Anvers et Gand, l'organe bruxellois (constitué par la CLDB) n'a pu compter que sur des moyens financiers très limités sinon dérisoires. Ceux-ci ont en effet consisté en l'octroi de quelques frais de fonctionnement annuels versés parfois très tardivement et occasionnellement au gré du bon vouloir de certaines communes, mais jamais en tout cas il n'a été prévu à Bruxelles de financer l'engagement de personnel pour assurer cette coordination.

L'ASBL Transit étant historiquement l'initiateur de ce projet, c'est donc notre institution qui, tout naturellement, a accepté de prendre en charge cette mission ce qui a exigé de la part de certains membres de l'équipe d'assurer sur leur temps de travail à Transit le fonctionnement et la gestion de la CLDB.

### *Le travail avec les prisons*

Depuis 2005, c'est dans le cadre, cette fois, du **travail avec les détenus** que notre institution a encore dû développer ses activités. En effet, compte tenu du nombre grandissant de demandes de prise en charge émanant d'usagers incarcérés (par exemple : dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'un congé

pénitentiaire ou d'un accueil à leur sortie de prison), notre équipe a décidé et obtenu l'autorisation d'intervenir directement au sein des prisons bruxelloises de Saint-Gilles, Berkendael et Forest en effectuant des visites aux détenus, tout cela dans l'optique d'amorcer une éventuelle prise en charge à Transit et donc de préparer leur réinsertion dans la société.

Parallèlement à cela, l'institution s'est également investie dans un travail de concertation avec d'autres structures d'aide aux justiciables en devenant notamment un membre actif de la CAAP (Concertation des Associations Actives en Prison), ce qui nous a permis d'améliorer nos connaissances du secteur ainsi que nos compétences dans le domaine sans cesse plus complexe de l'accompagnement social des détenus.

→ Constat : Si cette activité répond avant tout à une réelle volonté institutionnelle de s'investir dans ce secteur ainsi qu'à la nécessité de faire face au problème de la réinsertion des usagers sortant de prison, il n'en demeure pas moins que tous ces efforts ont été consentis par du personnel propre à l'ASBL Transit sans aucun moyen financier ou humain supplémentaire.

Pourtant les avantages et les résultats de ce projet mené en partenariat avec les institutions pénitentiaires sont incontestables tant du point de vue de l'utilisateur que du point de vue de la société.

#### *Les studios supervisés*

En 2008, les services du centre Transit se sont encore diversifiés grâce à une collaboration fructueuse avec le CPAS de la Ville de Bruxelles qui a conduit à aménager, au sein de nos locaux, huit studios individuels. Ce projet d'accompagnement vers l'autonomie a ainsi permis d'augmenter encore la capacité d'accueil de notre institution tout en permettant d'héberger sur une plus longue durée les usagers en recherche de logement. Inauguré en 2008 en réponse à la crise du logement bruxellois, le projet d'appartement supervisé poursuit encore actuellement ses objectifs qui reposent sur l'autonomisation des usagers via la réinsertion par le logement.

→ Constat : Malheureusement, ici encore l'ASBL Transit n'a pas été soutenue dans son intention d'engager de nouveaux effectifs pour assurer cette nouvelle mission alors pourtant que celle-ci représente une surcharge de travail assez considérable. C'est donc à nouveau sur son travail et donc quelque part « au détriment » du centre de crise que le personnel a dû s'employer à faire fonctionner ce nouveau projet qui d'ores et déjà donne des résultats encourageants.

#### *En conclusion*

Depuis le début de son fonctionnement, l'ASBL Transit n'a eu de cesse de diversifier ses activités afin de s'adapter au mieux à la réalité sociale et économique sans cesse plus précaire de son public. Cependant, le prix à payer pour avoir voulu multiplier ses actions sans effectif supplémentaire c'est qu'actuellement, l'équipe sociale est saturée de demandes et n'arrivent plus à gérer convenablement ces situations d'urgence si bien qu'elle est confrontée, à certains moments, à devoir faire un choix difficile entre 2 missions essentielles mais pourtant complémentaires.

D'une part, il s'agit d'assurer et de maintenir une qualité de travail au regard des objectifs de l'institution – qui sont, pour rappel : l'accueil, la remise en ordre sociale ou administrative et l'orientation – et, d'autre part, il s'agit d'accueillir un maximum d'usagers en situation de crise et d'exclusion sociale.

### **3<sup>ème</sup> partie : La politique de RdR en Région bruxelloise**

#### *La situation du comptoir LAIRR*

Situé dans les locaux de l'ASBL Transit depuis son ouverture, le 1<sup>er</sup> septembre 1999, LAIRR est un comptoir d'échange de seringues qui se veut un « Lieu d'Accueil, d'Information et de Réduction des Risques », comme son nom l'indique.

Etant accessible 24h/24 chaque jour de l'année, sa mission consiste à distribuer gratuitement aux usagers injecteurs l'ensemble du matériel stérile qui nous est fourni par notre partenaire (l'ASBL Modus Vivendi) afin de réduire les risques liés à l'injection. Elle consiste aussi à récupérer auprès de ce même public le matériel d'injection souillé. Dans ce contexte, LAIRR dispense des conseils de prévention aux usagers et leur fournit de l'information écrite concernant l'utilisation du matériel et l'existence des tests de dépistage. Enfin, il tente de sensibiliser et de guider ces mêmes personnes vers les possibilités d'aide qui peuvent s'offrir à elles.

Historiquement, le comptoir inscrit son action dans le cadre de la politique de réduction des risques mise en place durant les années 90 pour faire face aux ravages de l'épidémie du sida. Prenant en effet conscience que la population des usagers de drogues constituait un des principaux publics à risque – en raison de la contamination sanguine causée par le partage et la réutilisation des seringues – différentes initiatives en matière de prévention ont ainsi vu le jour partout en Europe et donc aussi en Belgique. Parmi les stratégies visant à limiter la propagation des virus par (et parmi) les utilisateurs de drogues injectables,



l'échange de seringue est rapidement apparu comme une des plus efficaces et des moins coûteuses. C'est la raison pour laquelle nous l'avons adoptée à Transit.

Etant donné que les services proposés et que les difficultés rencontrées au comptoir LAIRR sont relativement semblables à ceux de l'ASBL Dune, nous n'allons pas nous étendre sur ce sujet sous peine de redire avec d'autres mots ce que Madame Bartholmeyns vous a déjà exposé. Nous souhaitons malgré tout tirer un constat général concernant l'existence des comptoirs en Région bruxelloise.

→ Constat : Bien que la réduction des risques soit comme on l'a dit une des stratégies les moins coûteuses, il faut bien reconnaître qu'en Région bruxelloise il existe trop peu de dispositifs d'échange de seringues. Ainsi, pour une région comme Bruxelles de plus de 1 million d'habitants, il n'existe que trois comptoirs fixes d'échange de seringues (Dune, SePSUD et LAIRR).

A titre de comparaison, la petite ville de Dinant qui compte 13.841 habitants dispose elle aussi pour sa population et celle des environs d'un comptoir fixe et mobile.

Si donc on fait le calcul pour Bruxelles, en tenant compte du nombre d'habitants par rapport au nombre de comptoirs existants, on obtient le rapport suivant qui est de 1 comptoir pour 363.180 habitants (puisque en avril 2011 on comptait 1.089.538 habitants à Bruxelles).

En sachant, en outre, que dans une grande ville les facteurs de précarisation et d'exclusion sont toujours plus importants qu'ailleurs, on peut en déduire que la Région bruxelloise est bien mal lotie en la circonstance !

#### *Le projet d'un comptoir mobile*

Pour remédier au problème du manque de dispositifs d'échange de seringues, l'ASBL Transit a décidé en 2011 d'étendre les actions de son comptoir LAIRR. Ainsi à l'instar de l'ASBL Dune qui dispose déjà d'une équipe mobile de travailleurs de rue, le centre Transit a obtenu le soutien financier pour engager un éducateur chargé d'effectuer de l'accompagnement social et de l'échange de seringues en rue. Ce projet qui a été mis en place grâce à une collaboration étroite avec l'équipe de l'ASBL Bravo a pour objectif de répondre à une problématique de toxicomanie qui semble sévir dans le quartier nord de Bruxelles.

→ Constat : Si une fois encore, on ne peut que se féliciter de la réalisation d'un tel projet, il faut néanmoins tempérer quelque peu cet enthousiasme.

En effet, ce projet a été réalisé dans le cadre du Contrat de Quartier Masui mis en place conjointement par la Région bruxelloise et la Ville de Bruxelles ce qui sous-entend des contraintes majeures telles que :

- L'engagement pour une durée de 4 ans de notre éducateur de rue ce qui en dit long sur la précarité de cet emploi et, plus largement, sur la possibilité de pérenniser ce projet à plus long terme.
- Des contraintes en termes de rayonnement d'action étant donné que le périmètre d'action prévu par les contrats de quartier est souvent extrêmement étroits parce que non conçu à la base pour des projets de ce type. C'est ainsi que nous sommes normalement censés déployer notre activité sur un total de cinq rues, ce qui n'a aucun sens.

#### *L'implantation des RESU*

Toujours dans l'optique d'étendre nos actions en matière de réduction des risques, LAIRR a pris l'initiative en 2004 de mettre en place un projet pilote qui consiste à implanter des Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées (RESU).

Cet outil, en soi complémentaire aux comptoirs d'échange déjà existants, est un dispositif tout simple qui permet de se débarrasser en toute sécurité, en tout anonymat et ce, 24h/24 et 7 jours/7, de seringues usagées.

Concrètement, il s'agit d'une boîte métallique pourvue d'un container de récupération. Cet appareil est destiné à être fixé aux alentours des lieux de consommation ou à l'entrée de services amenés à rencontrer des usagers de drogues.

Outre son coût peu élevé, l'avantage de ce dispositif est qu'il permet de lutter efficacement contre l'abandon des seringues sur la voie publique car force est de constater que du matériel d'injection utilisé par des usagers de drogues continue à être abandonné dans des lieux publics. Il entend donc également être une réponse au sentiment d'insécurité ressenti par les citoyens qui, confrontés à cette problématique de l'abandon des seringues, ne savent pas toujours comment faire pour s'en débarrasser sans courir de risques.

→ Constat : Depuis 2004, LAIRR a ainsi implanté une petite dizaine de RESU en Communauté française dont 4 à Bruxelles ce qui est reste toutefois dérisoire si on se réfère à ce qui se fait ailleurs dans d'autres

grandes villes européennes. Pourtant, les bénéfices et l'efficacité de ce dispositif sont incontestables.

### *Conclusion et recommandations*

En se basant sur cette étude très sérieuse et très intéressante intitulée « Drogues en chiffres III », réalisée par le Département de droit pénal et de criminologie de l'Université de Gand qui dresse la carte des dépenses publiques relatives à la politique de l'Etat belge et de ses entités en matière de drogues, on peut voir que la part investie par les pouvoirs publics (tous niveaux de pouvoir confondus) en 2008, est de **0,24 %** pour la **réduction des risques** et de **1,24 %** pour la **prévention**.

Parallèlement à cela, le pourcentage des dépenses publiques liées aux drogues illégales, à l'alcool et aux médicaments psychoactifs est de **21,57 %** en ce qui concerne le **secteur de la sécurité** et de **76,50 %** pour le **secteur du soin**.

A l'échelle de la Région bruxelloise, cette fois, la réduction des risques représente **4,22 % des dépenses totales** ce qui reste très faible comparé aux autres secteurs que sont l'assistance et la prévention.

A ce titre, peut-on encore légitimement parler d'une politique axée sur 4 piliers quand un, voire deux de ces soi-disant piliers, sont si peu consistants au vu de l'ensemble des dépenses effectuées. La réalité, c'est qu'à Bruxelles comme en Belgique la réduction des risques ne pèse pas lourd face au secteur du soin et de la sécurité qui englobent à eux deux plus de 98% des moyens financiers.

Pourtant, la RdR a été reconnue et approuvée officiellement par l'OMS en 1991 et par le Conseil de l'Europe en 1992 comme une politique efficace et pertinente en matière de lutte contre la problématique d'usage de drogues. Alors pourquoi cet ostracisme et pourquoi cette frilosité du pouvoir politique ?

Nous cherchons encore à comprendre les raisons de ce choix et nous espérons qu'il n'est pas dû à un manque de résultat car l'efficacité des actions menées en RdR a été partout démontrée, études à l'appui.

Ou alors est-ce parce que la majorité des usagers ne meurent plus aujourd'hui du sida comme c'était le cas il y a 25 ans et que, du coup, ça ne vaudrait plus la peine d'investir dans ce type de stratégie. Mais si c'est pour cette raison, ce serait encore là une sérieuse méprise car la réduction des risques n'a pas pour seul but de réduire les risques sanitaires liés à l'abus de drogues. Elle vise tout autant à réduire les dommages sociaux qui en découlent puisque le fondement

social de la RdR a toujours été de viser la réinsertion de la personne toxicomane dans la société.

Mais au-delà de ces considérations liées au manque de reconnaissance de la RdR, ce que nous déplorons en tant qu'acteur de terrain **c'est le manque de concertation et de cohérence politique**. Par expérience, nous sommes conscients et convaincus que certains élus politiques souhaiteraient réellement donner plus de moyens au secteur de la prévention et de la RdR mais, à condition pour cela de ne pas être les seuls à mettre en place ce type d'actions qui, il est vrai, ne sont pas très porteurs en termes de voie électorale. D'ailleurs, à la veille des élections communales d'octobre 2012, quel élu local oserait prendre un pareil risque s'il n'est pas soutenu par d'autres partenaires communaux ou, à tout le moins, par une instance supérieure, à savoir une autorité régionale.

C'est pourquoi, et nous terminerons par-là cet exposé, nous pensons qu'il est urgent de soutenir le Plan régional bruxellois de réduction des risques en espérant qu'il puisse aboutir à une réelle coordination de nos actions et de nos dispositifs. ».

## **10. Audition de Ludovic Henrard, directeur de l'ASBL FEDITO bruxelloise**

« La FEDITO bruxelloise regroupe les intervenants spécialisés dans la thématique des consommations de produits psychoactifs et des dépendances au sens large du terme.

Je tenterai de ne pas trop déborder sur mon temps de parole, je vous promets en tous les cas, mesdames et messieurs les parlementaires, que je serai plus bref que les deux intervenants qui ont parlé de tout sauf de RdR au sein de cette commission.

La RdR n'est pas notre seul point de préoccupation, mais elle traverse le secteur transversalement.

Aujourd'hui :

- sa reconnaissance à part entière,
  - la pérennisation des actions existantes,
  - le déploiement d'un dispositif le plus complet possible au bénéfice des usagers de produits
- se trouvent au coeur de nos priorités.

La mise en place, en ce moment, d'un plan RdR pour la région bruxelloise montre également la préoccupation du politique par rapport à ces activités. Nous nous en réjouissons.

Nous sommes heureux de vous annoncer aujourd'hui que ce plan se met en place, et sera coordonné par la FEDITO et la Coordination locale Drogues Bruxelles, qui regroupe les services spécialisés régionaux et communaux en toxicomanies.

Je vais tenter au cours de mon intervention, sans trop répéter ce qui s'est dit, de vous faire part de nos préoccupations principales.

### *RdR de quoi parle-t-on ?*

La notion ne se cantonne pas à la santé et encore moins à l'usage de produits psychoactifs.

La RdR désigne l'ensemble des stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires ou sociaux liés à un domaine spécifique.

La RdR est d'abord un concept général qui concerne tous les comportements humains « normaux ».

Qu'est-ce qui est considéré comme normal ? Conduire en voiture, avoir des relations sexuelles, donner des soins à un patient, boire du vin ... Eventuellement construire une centrale nucléaire, mais on perçoit déjà la relativité de ce terme normatif.

La RdR concerne aussi les comportements problématiques, pathologiques, avec tout ce que cette classification peut avoir de complexe, parfois de réducteur.

Il est donc évident que les responsables politiques compétents en matière de santé et de sécurité ne doivent pas avoir le monopole ou l'exclusivité de l'action ... **ou du financement** ... dans notre domaine.

### **Dans notre domaine des usages de drogues, quels devraient être les acteurs institutionnels concernés, attentifs à ces enjeux ?**

La cellule de politique générale drogues regroupe 34 ministres autour de la table. De l'économie aux affaires sociales en passant par l'éducation et la justice, les secteurs concernés sont légion. Chacun d'entre eux devrait être sensibilisé à la RdR, connaître sa partition et surtout l'assumer !

Bref, **les enjeux liés à la RdR sont transversaux et ne doivent pas rester une affaire de spécialistes. C'est notre volonté en tous les cas.**

Dans notre domaine, nous proposons une définition élaborée entre acteurs des différents secteurs d'activité des 2 FEDITO (prévention, soins, RdR). Une définition partagée.

Ce travail de terminologie nous a été demandé par les ministres de la santé des trois entités fédérées dans le cadre de leurs stratégies concertées francophones.

Le titre de cet opusculé que vous recevrez prochainement dans vos boîtes s'intitule : **Vers une terminologie commune pour les secteurs assuétudes.**

Je cite notre définition francophone belge donc :

« La réduction des risques (RdR) constitue à l'origine une stratégie de santé publique dont les différents programmes visent à prévenir ou limiter les dommages liés à l'utilisation de produits psychoactifs. »

« Actuellement cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, de la santé physique, mentale et sociale. »

« Les programmes de RdR concernent tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, abusifs ou inscrits dans une dépendance. »

On parle de risques d'assuétude, de lésions somatiques et de risques psychosociaux.

Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que ces stratégies visent à réduire.

« La RdR se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. »

Les stratégies de RdR ne peuvent avoir toutes leurs efficacités que si elles s'articulent avec les stratégies de soins et de resocialisation.

« La mise en place de ces stratégies concrètes met en évidence la valeur et l'expertise des usagers sur leurs pratiques ».

### **J'insiste sur certains points :**

1° Il s'agit d'une approche pragmatique, qui vise à répondre à l'urgence des problèmes qui se posent, par des solutions concrètes. Cette posture réaliste promeut le bien-être, la responsabilité, le souci de soi de tout usager de drogues sans pour autant interférer avec d'autres considérations.

2° L'objectif central consiste à éviter ou minimiser les effets négatifs de ces comportements sur la santé, la sécurité, et la situation sociale des personnes, particulièrement pour ceux qui présentent ces comportements.

- 3° La RdR concerne tous les usages, et tous les usagers, même parfois ceux en devenir.
- 4° Elle est complémentaire à d'autres activités comme celles qui contribuent à éviter l'apparition des comportements (prévention) ou celles qui visent à aider à leur disparition (traitement, « le curatif »).
- 5° Ces stratégies s'adaptent différemment en fonction des usages. C'est pourquoi, sans pouvoir être réduite dans ces pôles, en complémentarité avec ceux-ci, la RdR concerne tant le secteur de la prévention que celui du soin.

#### *D'où viennent ces stratégies ?*

On parle souvent de l'épidémie de SIDA comme moment déclencheur pour constater que les toxicomanes aussi, ont une santé, et droit à la santé.

Notons pour votre bonne information qu'en Grande-Bretagne, dans les années 1924-1926,

- au moment où se ratifie la convention de l'opium de la Société des Nations visant à limiter l'usage non thérapeutique de l'opium et de ses dérivés notamment;
- au moment aussi où les classes dirigeantes britanniques s'inquiètent de voir leur prolétariat goûter avec trop d'assiduité à l'héroïne industrialisée par la firme Bayer;
- une commission parlementaire, un peu comme la vôtre j'imagine, permet aux médecins de prescrire des drogues opiacées aux toxicomanes incapables de parvenir à l'abstinence.

Le motif ? Je cite « qu'ils puissent être insérés et de limiter les effets secondaires de leur dépendance ».

Idee simple, qui a produit ses effets bénéfique pour les usagers dans un cadre de prohibition, sans provoquer aucune épidémie de toxicomanie.

Ce petit détour pour vous montrer d'une part que la RdR ne date pas d'hier, et que faciliter le bien-être des usagers est parfois plus simple qu'on ne l'imagine. La RdR, c'est aussi beaucoup de bon sens !

**Je vais aborder une partie des projets que nous déployons, que nous voudrions déployer, ou que nous voulons continuer à déployer ! Ces projets sont chacun liés à des enjeux spécifiques actuellement à Bruxelles, enjeux que j'aborderai ensuite.**

**L'accès à de l'information, une information adaptée sur les produits**, leurs propriétés, et sur les risques encourus en cas de consommation afin de permettre, précisément une consommation adaptée ou à moindre risque.

**Avoir une « action directe » sur les consommations, notamment via l'accès à du matériel adapté.**

On parle de l'échanges de seringues sous ses différentes modalités. C'est bien entendu un des pans les plus symboliques de notre action. Un dispositif complet se répartit comme vous le savez déjà entre :

- comptoirs d'échanges disposant de matériel en suffisance, et de support d'informations;
- borne d'échanges et de récupération de matériel stérile bien alimentées;
- une action auprès des pharmaciens sensibilisés pour une diffusion de matériel à prix réduits.

Aucun des trois pôles n'est aujourd'hui soutenu de façon satisfaisante. Je dis bien aucun, ce qui est particulièrement inquiétant vu l'urgence sanitaire actuelle avec l'épidémie d'hépatite C. Nous y reviendrons.

On parle aussi des salles d'injection et de consommation à moindre risque, présentes chez tous nos voisins sauf en France, où le débat sociétal est néanmoins en cours depuis 2 ans.

Une action directe sur les consommations via un contrôle des produits, via le *testing*, projet lancé en 2001 à Bxl ... Et toujours expérimental aujourd'hui.

*La RdR c'est aussi faciliter l'accès aux traitements :*

Notamment :

- Une garantie de continuité dans les traitements; avec notamment les problèmes posés par les politiques en prison en Belgique dans ce domaine.
- Un dispositif bas seuil garantissant un accès inconditionnel et des objectifs thérapeutiques adaptés aux situations actuelles.
- Des traitements de substitution accessibles sous leurs différentes formes; méthadone, mais aussi programme de distribution d'héroïne sous contrôle médical.
- La mise en place de réponse dans certains lieux particulièrement sensibles regroupant des popula-

tions vulnérables dans des espaces confinés : prisons, FEDASIL.

*La RdR, cela s'apprend :*

La formation dans ce domaine concerne l'ensemble des professionnels amenés à entrer en contact avec les usagers de drogues :

- les intervenants des secteurs spécialisés bien entendu,
- mais aussi les pharmaciens, médecins, le secteur de l'aide sociale, de l'accueil des sans abris, des réfugiés, gardiens de parcs, forces de l'ordre, et j'en passe.

La formation est un enjeu essentiel car, en plus de son rôle indispensable pour une posture adéquate en cas de contact avec les usagers, elle est à même de faire se répandre ce discours et nos postures, de les diffuser dans la société civile comme le disait madame Van Huyck, ou de « sortir du spécialisé » comme le disait un parlementaire.

*Je voudrais m'attarder sur les acteurs de terrain. De qui parle-t-on vraiment ?*

Les principes d'action et les postures des acteurs vous ont déjà été expliquées : pragmatisme, refus de jugement moral, refus de limiter l'usager de drogues à ce symptôme, mieux-être et responsabilisation ...

Je veux aussi vous parler d'hommes, et encore plus de femmes, qui sont en ligne directe avec les usagers de drogues, ces marginalisés, les tox, ces criminels soi-disant à la base de tant de maux de notre société. Bref, au quotidien avec ces victimes que l'on présente comme des coupables.

Et en contact avec les plus rejetés parmi ces exclus pour le secteur bas seuil, MASS, Projet Lama, et le centre Transit en premier lieu.

Ces derniers travaillent donc pour ceux qui se voient refuser leurs droits, dans une myriade d'institutions : certains CPAS, des maisons d'accueil, beaucoup de structures de santé généralistes, voire dans

certaines structures spécialisées, de type Brugmann mais pas uniquement, ça c'est pour monsieur Pelc qui ose affirmer que les besoins sont couverts sans connaître ce secteur.

Ils les voient aussi mourir ... de maladies, d'overdoses, de solitude ou de folie.

Ces travailleurs, au front, à la ligne 0 avec des bouts de ficelle, se rendent-ils compte de leur rôle dans notre système ?

Ils sont une des rustines les plus efficaces d'une société qui exclut des proportions immenses de sa population.

Des travailleurs rustines ?

Sommes-nous finalement des acteurs « de la santé et du social » ? Ou sommes-nous les meilleurs, les moins chers et les ultimes gardiens de la paix ?

Est-ce ça notre rôle réel, que de contenir cette injustice dans des proportions juste assez soutenables pour qu'elle puisse continuer à être cachée et tolérable ?

Suffisamment cachée pour que nous ne soyons pas contraints et forcés de repenser plus fondamentalement les causes qui amènent autant de personnes vers nos services, et surtout dans un tel état de délabrement et de marginalisation ?

Sommes-nous in fine les meilleurs suppôts d'un système que nous voudrions fondamentalement faire évoluer ?

*J'ai parlé bouts de ficelle ? Quelques exemples de sous-financement :*

Madame Bartholeyns a évoqué l'étude Politique des drogues en chiffres III dont une des conclusions était que la RdR est sous-financée dans le cadre d'une politique drogues elle même sous-financée par rapport aux standards européens. Je vous le confirme.

En 2008, le total des dépenses publiques liées aux drogues illégales, à l'alcool, aux médicaments psychoactifs et au tabac est estimé à 975.085.793 €

	Prévention	Assistance	RdR	4.123.272
Région de Bruxelles-Capitale	1.054.467	2.894.997	173.808	0,42 %

Cela signifie que les dépenses publiques pour la politique des drogues revenaient à 91,41 € par habitant.

Budget consacré à la RdR/habitant : 0,22 € sur les 91,41 €.

Budget consacré à la RdR : 0,22 eurocentimes à savoir 0,59 % du budget.

**Les chiffres, on leur fait dire ce que l'on veut. Vu ma position de « défenseur du secteur », vous avez le droit de ne pas encore être convaincus. Qu'est ce que cela veut dire, plus concrètement ?**

Prenons, reprenons le cas de l'ASBL DUNE. Qu'avez-vous entendu de cette audition pour qu'une parlementaire dise à la directrice, « nous avons entendu que vous êtes sous-financés » sur un air presque narquois ?

J'ai pour ma part entendu que l'ASBL DUNE compte 2,75 ETP agréés COCOF. Soit une équipe insuffisante en tant que telle pour assurer un projet de cette dimension, voire un quelconque projet.

A ce propos, les équipes minimales du secteur assuétudes sont insuffisantes et les services agréés COCOF sans financement alternatif sont en général dans des situations très difficiles.

Revenons à DUNE, heureusement, le service dispose de 6 postes ACS pour compléter le squelette COCOF. A propos, ces six ACS, indispensables au dispositif, vont-ils se voir agréer prochainement ? Ou la COCOF laisse-t-elle les travailleurs actifs précarisés dans son secteur ambulatoire *ad vitam* ?

J'ai entendu dire que, même si la situation de précarité ne porte que sur des financements « secondaires » et temporaires, DUNE est menacé sur 3 de ses 6 financements. Dans la mesure où un subside est pérennisé, l'échéance suivante arrive.

Cela m'interpelle à deux niveaux :

J'imagine d'abord 6 sources de financements, chacune avec ses échéances, ses rapports, ses conditions. A recommencer chaque année pour la majorité de ceux-ci ... J'imagine le cauchemar administratif de responsables de projets qui tentent de se concentrer sur leurs métiers.

Ensuite, je me rends compte aussi de la détermination des porteurs de ces projets.

Je me dis alors presque que la FEDITO serait plus utile, dans telle situation, à prendre en charge, dans le cadre de sa mission d'aide aux services membres

« l'administratif » pour que ces professionnels puissent travailler.

Et tant pis pour le débat de société, tant pis pour aller hors des murs des spécialistes. Une fois de plus, nous opérons des choix en fonction des priorités en permanence, à la FEDITO comme sur le terrain.

Je vous informe par ailleurs que l'ASBL DUNE ne verra pas son bail renouvelé en fin d'année et risque de se retrouver dans la même rue que les usagers à qui elle est supposée offrir chaleur, réconfort, petits soins et matériel stérile.

Bien entendu je dramatise allez-vous penser. Et bien non, je ne dramatise pas !

Je tiens à souligner la dignité et la pudeur des directrices qui se sont présentées à vous en cachant la misère dans laquelle nous opérons.

Si vous avez un local pour l'ASBL DUNE à même d'abriter un comptoir d'échanges de seringues, nous sommes preneurs.

Pas à Woluwé ou à Uccle si possible. Ces communes sont très agréables, mais vous comprendrez ...

Passons à l'ASBL Modus Vivendi, opérateur central pour la RdR. L'ASBL dispose, je vous l'ai dit, d'1/2 ETP pour assurer sa mission de formation à Bruxelles.

En décembre 2011, le calendrier de formation 2012 était déjà complet. Dont acte.

Nous n'avons même pas la capacité de former nos travailleurs en interne alors qu'en même temps la demande extérieure est énorme.

En même temps, nos autorités nous demandent d'augmenter la visibilité des formations, de faire du visible ... OK, pourquoi pas ? Mais je dis : nous ne pourrions pas être tenus responsables du mécontentement des éconduits.

Le dispositif Stérifix, visant à ce que les pharmaciens distribuent à prix réduit du matériel stérile, est financé à hauteur d'1/4 ETP et de ... 5.000 € pour le matériel à fournir aux pharmaciens.

Résultat des courses : si Modus décide de faire adhérer de nouveaux pharmaciens au dispositif, il creuse son déficit et doit dégraisser encore plus de personnel ! Et donc, la couverture de ce dispositif baisse.

En effet, si le financement COCOF est pérenne et indexé, merci, au passage à la COCOF, Modus est

financé par la fédération Wallonie-Bruxelles sur 2/3 de son budget.

Cette partie de financement est progressivement consacré exclusivement aux employés vu la technique « d'enveloppe fermée » qui diminue chaque année les moyens effectifs de l'ASBL.

Malgré ce choix sur le capital humain, 1/4 ETP en 2010, 1/4 ETP en 2011 ont été supprimés. Là aussi des choix douloureux s'opèrent au quotidien.

Le saut d'index 2011 et les deux sauts d'index programmés en 2012 équivalent à un bon-mi-temps qui sera supprimé cette année. Ou en achetant moins de matériel stérile ...

A propos du matériel stérile, la FEDITO, a « investi » fin 2011, 4.500 € pour éponger la facture d'achat de matériel d'injection pour les comptoirs bruxellois.

Cette somme ne suffit pas et 3.000 € restent dus pour 2011. Pour assurer 2012, 12.000 € restent à trouver pour assurer un dispositif précaire.

Quand je dis précaire, ces comptoirs n'ont plus les moyens de pratiquer le un pour un, c'est-à-dire donner une flapule d'eau, un stericup et un sterifilt à usage unique par seringue.

L'utilisateur réutilise donc du matériel ce qui n'est absolument pas cohérent au niveau des hépatites.

Pour rappel, plus ou moins 80 % des nouveaux cas d'hépatite en Europe occidentale sont par injection de drogues par voie intraveineuse. 2.000 cas en Belgique l'année dernière.

Il s'agit d'un traitement lourd et pénible pour la personne touchée et onéreux pour la société.

Cherchez l'erreur ...

Aucun budget n'est prévu pour la destruction du matériel usagé à Bruxelles.

Aucun budget pour la réédition de brochures. Chaque réédition de brochures sur les produits, financée à l'origine par la fédération Wallonie Bruxelles pose problème.

La FEDITO bruxelloise a, à différentes reprises, utilisé de petits artifices pour faire financer la réédition de brochures cannabis, alcool, et quelques autres également, par le niveau fédéral et ainsi permettre aux intervenants de terrain d'opérer, tout simplement.

Je compte, Mesdames et Messieurs les Parlementaires, sur votre bienveillante discrétion, ne dites rien au fédéral.

Parlons du secteur bas seuil enfin, *last but not least*, qui accueille des usagers toujours plus nombreux et délabrés et ne peut quasi pas profiter du soutien et des savoirs indispensables des opérateurs RdR des formations pour les travailleurs, de boules de neiges, *testing* ...

Les travailleurs de ces services, qui accueillent de façon inconditionnelle des usagers cumulant tout ce que vous pouvez imaginer comme problèmes de polyconsommations, de logement, administratifs, d'isolement social, ont besoin d'un soutien que les opérateurs de RdR ne sont pas assez en mesure de leur offrir.

**Le secteur bas seuil est le témoin direct et tristement privilégié de la précarité du secteur RdR avec lequel il se confond en partie. L'état de leurs patients, pitoyable pour beaucoup d'entre eux, s'en ressent.**

Et pourtant et pourtant Mesdames et Messieurs les Parlementaires, nous voulons mettre en place d'autres projets. Cette volonté de continuer est peut-être follement optimiste, peut-être déraisonnable vu la précarisation de l'existant.

**J'y reviendrai après avoir abordé notre responsabilité face à l'inaction.**

Ce n'est pas uniquement le sous-financement structurel des services qui explique le dénuement de nos publics même s'il en est en partie responsable.

Par rapport à la responsabilité collective de protéger la santé et la sécurité des citoyens, nous sommes dans une situation de démission dans le domaine des drogues illicites.

La RdR ne peut se réaliser qu'à l'aide d'un travail adapté sur la réglementation.

Interdire de boire et de conduire ... en même temps, c'est de la RdR.

Interdire l'achat d'alcool aux moins de 16 ans c'est de la Réduction des Risques.

Faire une ordonnance permettant la mise en place de bornes d'échanges sur le territoire de la région, c'est faire de la RdR.

Reconnaître la mission de RdR dans le décret COCOF, c'est aussi, tout compte fait, de la RdR.

Si la RdR ne remet pas *a priori* en question le cadre existant, force est de constater que le régime de prohibition de certains produits psychoactifs, doublé à la quasi non gestion des phénomènes de consommation, contrecarre les objectifs de nos stratégies.

Laisser la population au prise de produits altérés, à la merci d'acteurs non contrôlés qui font payer au prix cher aux consommateurs la prise de risque liée à l'interdiction, ce n'est pas une stratégie pertinente en terme de santé publique, d'insertion sociale, de citoyenneté.

C'est une forme pas très subtile de non-assistance à personnes en danger.

Cette non régulation, sauvage cause des ravages que nous constatons au quotidien.

Ceci pour rappeler que, quand les acteurs du secteur affirment que la prohibition maximalise les risques, il ne s'agit pas uniquement d'un slogan motivé par des considérations idéologiques et militantes. C'est un combat pour le droit à la citoyenneté et le droit à la santé, le droit à la sécurité de très nombreuses personnes.

Ce débat doit perdurer, et c'est pourquoi nous considérons le travail de La Liaison anti-prohibitionniste comme indispensable. Le secteur considère un peu « La Liaison » comme faisant partie de la famille, comme un acteur de RdR à part entière. Son travail sur le cadre juridique est spécifique, mais ledit cadre est à l'origine de nombreux ravages et risques augmentés. Merci à La Liaison donc, que nous continuerons à soutenir.

Ceci étant dit, pour reprendre l'exemple anglais de début d'intervention, il est tout à fait possible de réguler et de gérer dans un cadre prohibitionniste.

*Demandes du secteur en général et aux Parlementaires présents :*

**Reconnaissance législative de la RdR comme un pilier des politiques de santé drogues au même titre que la prévention et le soin et son insertion comme mission dans le décret ambulatoire.**

Cette reconnaissance n'est pas uniquement un enjeu symbolique, elle doit permettre de pérenniser des dispositifs.

Permettre de passer moins de temps à se justifier, objectiver les bénéfices, rassurer, convaincre, chercher des financements.

Un peu plus de temps pour travailler à nos objectifs ... La possibilité de se projeter plus loin dans l'avenir, voilà ce que nous attendons de cette reconnaissance.

**Cette reconnaissance devrait idéalement, (mais je me rends compte qu'en Belgique ce n'est pas gagné), aller de pair avec une répartition claire des compétences** entre entités fédérales et les différentes entités fédérées.

Il faut faciliter le travail des décideurs comme des professionnels par des règles claires et univoques.

Aujourd'hui dans le domaine santé uniquement, l'Etat fédéral, la fédération Wallonie-Bruxelles et la COCOF seraient susceptibles, en tordant un peu le dossier comme on dit, de financer le même projet.

Dans les faits, le professionnel repartira pour le moment avec son projet sous le bras, balancé entre les niveaux de pouvoirs qui peuvent se renvoyer la balle.

*Il faut assurer la pérennisation des dispositifs existants à Bruxelles :*

Le Réseau Hépatite C est un réseau COCOF avec un financement complémentaire du fonds fédéral de lutte contre assuétudes, ce dernier financement sera éteint en 2013. Le travail effectué est unanimement salué, mais le financement par le Fonds de lutte a vocation temporaire.

Les FEDITO et le VAD ont pointé à plusieurs reprises l'incohérence de ne pas prévoir de financement structurel pour les projets démontrant leur efficacité, mais aucune solution n'a été dégagée.

Le rôle de l'accompagnateur social, que l'on peut lier à celui de la mission d'accompagnement reprise dans notre décret, est toujours plus essentiel dans un environnement de plus en plus technique, et pas spécialement plus bienveillant envers l'utilisateur de drogues avec les années qui passent.

Nous manquons du temps de travail nécessaire, face à la complexité de la tâche, pour que le travail accompli en interne ne soit pas anéanti par un déni d'accès à l'aide dans un autre secteur.

Le secteur est en demande pour toute solution permettant de continuer cette partie de notre travail, de pouvoir continuer à raccrocher l'utilisateur aux autres secteurs de l'aide sociale et de la santé notamment.

La mutualisation de ce type de profil entre services, voire des collaborations avec le secteur des CASG



peuvent être envisagées, nous sommes preneurs pour toute réflexion, et toutes solutions à ce sujet.

Le Projet FEDASIL, animé par le projet Lama et la MASS, dépend également du fonds fédéral de lutte contre les assuétudes, et est également voué à s'éteindre si aucune solution structurelle ne se trouve à l'INAMI. Ce n'est pas du « COCOF », mais c'est au coeur de Bruxelles.

Pour le *testing* : voilà un projet pilote de Modus Vivendi lancé en 2001 par la Communauté française, destiné à être étendu aux comptoirs d'échanges, qui a subi deux évaluations externes positives mais qui reste confiné à un état embryonnaire sans que l'on sache trop pourquoi ... Cet outil serait pourtant précieux dans les structures de soins et les comptoirs.

Les comptoirs d'échanges, DUNE, LAIRR et SEP-SUD, parlons-en, avec le déficit structurel pour l'achat de matériel stérile évoqué ci-dessus, dans un contexte d'épidémie d'hépatite C.

Le dispensaire infirmier de DUNE menacé à court terme côté fédéral, nature temporaire du Fonds de lutte contre les assuétudes oblige.

La formation RdR et le matériel des Stérifix pour les pharmacies à refinancer chez Modus Vivendi.

Le soin à bas seuil, je parlerais plus de seuil adapté, MASS et Projet Lama, centre Transit, réseau saturé où il devient indispensable d'augmenter la capacité d'accueil, ou alors abaisser le seuil d'accès d'autres institutions à Bruxelles.

#### *Un soutien pour des projets pilotes en Belgique :*

Nous demandons également :

- un engagement dans la pose de bornes automatiques pour l'échange de seringues;
- une réflexion en vue de l'implantation de salles de consommation à moindre risques.

Nous sommes également demandeurs pour la mise en place d'une politique de RdR dans les prisons.

#### *Bornes :*

Je vais m'attarder sur les bornes que vous connaissez visiblement bien, vu les rires provoqués par la question sur, je cite « la saga de l'automate à Saint-Gilles » lors de l'audition de la directrice de DUNE.

Où en est donc la saga de l'automate à Saint-Gilles ?

- une matinée de débat et de concertation a été organisée par DUNE en 2011, avec des élus et des spécialistes, afin de cerner les enjeux et les apports des bornes;
- ont été amenés : les aspects positifs en terme de santé publique, de « rapport qualité-prix intéressant », de complémentarité du dispositif, la réussite et la discrétion des expériences à l'étranger ...
- récemment l'audition de monsieur Bara dans votre commission qui a rappelé, comme lors de sa première à visite à Bruxelles, qu'un arsenal législatif est un élément essentiel pour permettre la mise en place de bornes.

Ce projet a aussi subi désormais, vu les déceptions récentes.

Vu la difficulté pour un élu local d'être le premier à poser cet acte de façon isolée et vu le manque de pertinence d'une implantation unique.

Nous proposerons la pose simultanée de six à dix bornes à Bruxelles.

Cela devrait être suffisant pour notre région, cela diffusera le poids du choix des sites, et cela devra surtout permettre la comparaison et une bonne évaluation du dispositif, un aspect indispensable dans nos domaines plus que dans d'autres.

Vu sa situation, le service DUNE, qui n'a pas de réserve financière, doit également recevoir les moyens humains et logistiques pour l'achat, l'installation et l'entretien du matériel pour lancer ce projet de manière adaptée et professionnelle. En nous lançant sans les moyens nécessaires, nous déforcerions le projet plus qu'autre chose.

Je ne peux en conséquence que vous retourner la question. Où en est la saga de l'automate ?

L'associatif ne peut pas se substituer au décideur politique.

**Salle de consommation à moindre risque :** l'implantation de salles d'injection pourrait être une piste de réponse à certaines situations de consommations très visibles aujourd'hui à Bruxelles sur l'espace public.

Politique de Réduction des risques en prison qui a été expliquée dans le détail par madame Van Huyck.

**Voilà une série de demandes qui peuvent être travaillées et certaines résolues dans le cadre de vos compétences.**

*Beaucoup de demandes de notre part donc, mais également des invitations :*

J'invite tout Parlementaire intéressé à vérifier par lui même la réalité quotidienne de nos services. Il peut prendre contact avec moi afin que nous puissions nous rendre de façon discrète au coeur de ces activités et de ces réalités.

Je vous invite aussi à soutenir la mise en place du plan de RdR bruxellois, en rejoignant son comité d'accompagnement.

Vous pouvez nous aider, nous savons que nous ne pouvons pas rencontrer nos objectifs sans votre conviction et votre volonté d'aboutir. Nous ne pouvons pas, comme je l'ai dit, nous substituer au pouvoir politique.

De notre côté, le consensus est fort. La science, notre éthique de travail et la pertinence de nos objectifs nous confortent dans nos actions.

Je reprendrai pour finir les mots du professeur Auriacombe, un collègue français de renom, qui m'avaient frappé et dont je me suis souvenu en bafouillant ce document : « Les gens sont pour ce qui est bien, et contre ce qui est mal ».

Vous avez des moyens que nous n'avons pas pour convaincre que la RdR, c'est bien. Aidez-nous, sur le long terme, à sortir des murs blafards du secteur spécialisé. ».

## 11. Discussion

Tenant compte du fait que l'ASBL Transit est un lieu de passage, **M. André du Bus de Warnaffe (cdH)** souhaite connaître le taux de fréquentation d'une même personne, ainsi que le temps écoulé entre une première et dernière visite.

Le commissaire interroge également Mme Goessens sur le maillage avec la structure communale. L'aide des communes semble assez réduite.

L'intervenant souhaite également connaître le bilan en termes de prévention (assistance, prévention, sécurité) : quelle en est l'évolution ? L'un ou l'autre élément prend-il le pas sur l'autre ?

**M. Jacques Morel (Ecolo)** aborde la question du financement en lien avec le transfert des compéten-

ces « sécurité » vers les compétences de santé publique. Comment articuler la logique de financement et celle des objectifs poursuivis ?

Quelle est la relation de l' « acteur RdR » avec l'acteur sécuritaire ? Ce dernier acteur peut procéder à des arrestations alors que le premier met en place une offre de services en matière de santé mentale, en matière sociale et dans le cadre du décret ambulatoire. Quel est également le lien avec les structures hospitalières ?

**Mme Jacqueline Rousseaux (MR)** souhaite savoir s'il existe des contacts entre les acteurs de la RdR et la police, et également avec des représentants des CPAS bruxellois ? Y a-t-il des réunions communes ?

**Mme Dominique Braeckman (Ecolo)** revient aux modalités financières. Une part des subsides vient du SPF Intérieur et une autre part de l'administration bruxelloise et de la Commission communautaire française. Quelle est la proportion ?

Cette commissaire estime par ailleurs qu'il faudrait aller vers une pérennisation des services de RdR, au moins en partie, comme c'est le cas pour la région bruxelloise.

L'intervenante aborde ensuite la structure proprement dite qui offre 21 lits. Elle souhaite savoir s'il existe des structures analogues dans les autres régions et s'il existe un flux de personnes venant des deux autres régions ? Egalement s'il y a une liste d'attente.

Mme Braeckman souhaite savoir également quelle réponse est apportée à une personne mineure ou aux parents qui accompagneraient leurs enfants.

La commissaire demande encore à quoi correspond la stratégie qui consiste à travailler sur un seuil plus bas, et insiste également sur le problème des « travailleurs rustines » travaillant avec les personnes précarisées, personnel qui est lui-même précarisé puisque non pérennisé.

**Mme Catherine Moureaux (PS)** évoque le montant de 525 € par an qui serait l'aide des communes bruxelloises à l'ASBL Transit et souhaite connaître les montants prévus dans les autres grandes villes. L'intervenante souhaite savoir également comment est abordée la question des moyens financiers.

Sur le nombre de personnes fréquentant l'ASBL Transit, **Mme Muriel Goessens, directrice de l'ASBL Transit**, informe les commissaires que sur 567 usagers de drogues venus durant l'année 2010, 40 % d'entre eux étaient nouveaux. A la question du nombre de visites faites par une même personne, il

est difficile de répondre, mais 6 à 10 visites par an serait une évaluation correcte. Par ailleurs certains reviennent encore après de longues années passées (16 ans par exemple) : en réalité Transit est devenu « leur maison ».

Pour ce qui concerne le maillage avec les communes bruxelloises, 10 d'entre elles, via les contrats de sécurité, octroient un soutien financier à l'ASBL Transit et sont également membres du conseil d'administration.

La subvention de la Région bruxelloise représente 1/6 du montant total et la grosse partie de la subvention vient du ministère de l'Intérieur. Le problème est que ces subsides transitent par les communes qui prennent quelques fois une année pour les faire suivre. Le déficit qui s'en suit contraint à l'ouverture de lignes de crédit qui ne sont pas pris en charge par les directives financières.

Concernant les relations avec la police, Mme Goessens répond que Transit fait de la formation auprès de la police. Mais la difficulté réside dans le fait que, dans le cadre de la réforme Octopus, il y a beaucoup de turnover parmi les agents de police.

Par ailleurs, dans certaines communes, les policiers font appel à Transit lors d'interpellations qui interviennent dans les lieux « chauds ».

La directrice de l'ASBL Transit estime qu'elle devrait pouvoir travailler plus utilement avec des policiers qui puissent passer d'une commune bruxelloise à l'autre.

Revenant au nombre de lits, Mme Goessens convient évidemment que vingt et un c'est peu. Mais pour disposer de plus de lits, il faudrait également disposer des locaux et de l'encadrement correspondant. Actuellement, quatre personnes sont habituellement présentes la nuit auprès des usagers.

En réponse à la question sur l'accueil des mineurs usagers de drogues, accompagnés ou non de leurs parents, ils sont également pris en charge dans la mesure où il n'y a pas de législation spécifique relative aux mineurs ou à l'écoute des parents de ces usagers.

Pour ce qui concerne les usagers se présentant avec des enfants, la situation est différente : il faut trouver une structure adéquate pour ces enfants qui ne peuvent pas rester dans une structure telle que Transit.

A propos des flux d'usagers venant d'autres régions, il y en a, et particulièrement venant de Flan-

dre. Mme Goessens rappelle que Transit est la seule structure de ce type en Belgique.

Concernant la coordination locale drogues, un projet a été présenté aux bourgmestres en 2010. Pour l'instant dix communes ont accepté de verser une subvention annuelle de 525 €. Mais l'espoir, également pour les autres grandes villes, est d'obtenir un subside plus important du SPF Intérieur. Actuellement, la ville de Liège dispose de trois ETP et Charleroi de deux.

Mme Goessens rappelle qu'il n'y a qu'une seule structure de type Transit dans tout le pays, alors qu'avant 1993, le projet était d'en subventionner une par province. Une ASBL socio-sanitaire (MASS) devait également voir le jour.

Avec les CPAS, les relations sont quotidiennes, mais un gros problème subsiste : les toxicomanes qui quittent une structure et vont vers un CPAS ne sont pas bien accueillis parce que les agents des CPAS ne sont pas formés à ce type d'accueil. Le personnel « bas seuil » des services destinés aux usagers de drogues devraient pouvoir les accompagner. Mais il n'y a pas assez de personnel pour remplir cette mission.

Concernant la provenance des usagers qui se tournent vers Transit, sur 567 personnes 241 ont un domicile à Bruxelles, pour 75 en Wallonie, 31 en Flandre et 100 sont SDF. Ces derniers sont simplement inscrits au registre de la commune, mais sont plutôt nomades.

Pour répondre aux questions posées sur l'évolution chiffrée sur la prévention et la RdR (en ce compris les chiffres concernant l'alcool), de 2004 à 2007 la prévention a diminué de 7 %, et en 2012 les moyens pour la RdR ont diminué de 10 %.

Le financement fédéral est de 3 millions d'euros qui sont liés aux compétences de l'Intérieur, et donc pas particulièrement à l'information et à la prévention. Par ailleurs, le subside fédéral concerne également la problématique de l'alcoolisme. En conclusion, le budget destiné à la sécurité augmente régulièrement alors que celui destiné à l'assistance diminue.

**M. Ludovic Henrard, directeur de l'ASBL FEDITO bruxelloise**, estime que la RdR a été mal accueillie dès le départ, mais qu'ensuite le secteur de la santé sociale s'est rendu compte de l'impact qu'elle avait sur la sécurité dans l'espace public. En réalité, la santé engendre du sécuritaire qui lui-même engendre à son tour de la santé.

Même si l'objectif premier de la RdR est la santé, la réalité nous montre que les effets se confondent. L'in-

tervenant estime qu'il existe une révolution mentale dans le secteur.

Revenant aux subventionnement, **Mme Goessens** expose que si la compétence devait être transférée à un autre ministère, l'important resterait les moyens octroyés. L'intervenante informe, à titre d'exemple, qu'un psychiatre gagne 1.708,00 €/mois. Il est évident qu'en structure hospitalière sa rémunération serait supérieure. Il y a donc beaucoup de turnover auprès du personnel de la RdR.

**M. Julien Fanelli, responsable du comptoir d'échange de l'ASBL Transit**, explique qu'il existe plusieurs types de partenariat avec la police. Il informe les commissaires que 52 % des usagers fréquentant les services de toxicomanie, y sont dirigés par la police. Par ailleurs, 3 % d'entre eux viennent du secteur des soins et de la rue.

La première expérience de structure telle que Transit eut lieu au Canada. La première difficulté à résoudre est le lieu d'implantation, et une seule implantation ne suffit pas à Bruxelles. D'après l'intervenant, l'avenir est aujourd'hui dans les bornes de distribution automatique et à la récupération du matériel usagé.

**M. Ludovic Henrard** ajoute que les secteurs spécialisés montrent encore des résistances par rapport aux automates.

Par ailleurs, revenant à l'accueil des mineurs, l'intervenant pense qu'il faudrait des structures généralistes pour les jeunes, et pas « une structure par problème ».

Concernant les migrants, l'intervenant expose qu'il y a beaucoup d'usagers des pays d'Europe et qu'ils consomment de plus en plus d'héroïne. Une des composantes de ces phénomènes est la paupérisation.

M. Henrard conclut en précisant que les acteurs de la RdR et de façon plus générale, des services destinés aux toxicomanes ne font pas tous partie de la Fedito. Il est donc assez difficile de coordonner les actions sur Bruxelles, et de manière plus large d'aborder la complexité institutionnelle.

## 12. Audition de Pascale Anceaux, directrice de l'ASBL Infor Drogues

« Avant de prendre la parole par rapport à la réduction des risques ou à la réduction des dommages, j'expliquerai pourquoi je préfère cette expression, il me semble important de préciser de quelle place je le fais, tant il est vrai que la question des drogues, en général, et celle de la réduction des risques qu'elles

peuvent impliquer, est influencée par l'endroit d'où on en parle. Parler des drogues, c'est toujours se référer à des valeurs, à des croyances, à des représentations. Personne ne peut se définir comme neutre par rapport aux psychotropes et aux dépendances.

Infor-Drogues est une structure soutenue par la Communauté française dans le cadre de la promotion de la santé et agréée par la Cocof pour une série de missions dans le cadre de l'ambulatoire.

Présente en région bruxelloise depuis 40 ans, elle est surtout connue du grand public au travers de sa permanence téléphonique. Mais c'est aussi un service de consultations psycho-sociales, une équipe de prévention, un centre de documentation. Ces missions sont des missions de prévention, d'accompagnement, de formation, de réinsertion, de permanence téléphonique, de réduction de risque. Dans ce cadre, nous collaborons avec Modus Fiesta pour l'accompagnement des usagers en milieux festifs.

Pour aborder la réduction des risques, je m'appuierai sur trois exemples qui se présentent à nous au quotidien et sur les questions qu'ils peuvent nous poser.

- L'échanges de seringues, on a dû déjà vous en parler. Il s'agit d'une action de réduction de risques qui a la plus été évaluée et pour laquelle on s'accorde à dire qu'elle est efficace. Efficace par rapport aux risques de contamination du sida et des hépatites mais efficace aussi en matière de lien social : l'échange de seringues permet de prendre des nouvelles, d'ouvrir la parole. Mais que dire alors des distributeurs de seringues ? Ils nous paraissent importants car ils permettent la mise à disposition de matériel stérile à des publics plus en difficulté, notamment avec le regard porté sur leurs pratiques. Question : comment faire pour sensibiliser les injecteurs aux prises de risques inhérents aux premières injonctions sans inciter ? Que faire avec de très jeunes injecteurs de 13 ou 14 ans ?
- *Testing* produits : c'est un type d'action souvent controversée sous prétexte qu'il s'agirait de faire le palmarès des meilleurs drogues. Cet argument ne tient pas la route, il convient de le rappeler chaque fois qu'on le peut. On ne teste pas la qualité des produits mais bien la nature des substances contenues dans ceux-ci ce qui permet d'avertir les usagers de leurs dangers potentiels. Mais au-delà de cela, il s'agit d'ouvrir le dialogue avec l'utilisateur, d'entendre ce qu'il a à dire de ses consommations et de le rendre acteur de celles-ci. Question : sommes-nous bien au clair avec la notion de choix éclairé ?

- Appel téléphonique : les appels téléphoniques que nous recevons de la part d'usagers sont souvent des demandes concernant des produits et leurs effets. La manière dont nous travaillons avec eux cette question de leurs usages prend sa place dans la réduction des dommages.

J'aimerais également soulever la question de la réduction des risques en matière de pratiques sportives.

En effet, que dire des pratiques de dopage en matière de sports qui sont souvent à la mesure des efforts de plus en plus intenses demandés aux sportifs de haut niveau dont la santé semble bien peu prise en compte en dehors des contrôles anti-dopage ? Que dire également de ces contrôles pratiqués vis-à-vis de tous les sportifs non-professionnels et qui pourraient les inciter à mettre en cause leur pratique sportive ? Comment rester crédibles et donc faire de la prévention quand le cannabis reste parmi les produits interdits dans la pratique sportive, c'est-à-dire assimilé aux produits dopants et ce alors qu'on connaît la durée de leur traçabilité dans les urines ?

Ce qu'il me paraît important d'avoir à l'esprit aujourd'hui, ici, est la question des représentations des drogues, celle du sens de leur consommation aujourd'hui, celles des objectifs de la prévention et de la réduction des dommages.

Je commencerai donc par un rapide éclairage sur nos représentations des drogues et de la façon d'agir sur leur consommation. Ces représentations font état du retard pris pour penser les addictions aujourd'hui.

Pour démontrer cela, je voudrais m'appuyer sur ce que j'appellerai les conceptions du XX<sup>ème</sup> siècle que j'articulerai autour 6 axes :

- Il y a de mauvais et de bons produits : « la drogue » et le reste
- C'est la drogue qui est la cause des problèmes
- Une seule solution : l'abstinence
- La drogue est un fléau, il faut lutter contre
- Pour prévenir, il faut dissuader : pénaliser, informer sur les dangers
- L'alcool n'est pas la même chose que la drogue

Ces croyances, car il s'agit bien de croyances, sont toujours bien inscrites dans nos esprits et ce, malgré ce qui a ébranlé nos certitudes depuis de nombreuses années, à savoir :

- Le sida. C'est en effet le sida qui a favorisé l'acceptation par les responsables publiques des stratégies de réduction des risques et de leur application. Le sida qui nous a forcé à bousculer nos pratiques, à bousculer le droit et à nous rendre compte via de multiples évaluation que la réduction des risques fonctionne.
- La massification des consommations sur toute la planète.
- Des découvertes neurobiologiques qui ont permis de prouver que l'arrêt de substances psychotropes n'était pas qu'une question de volonté.
- La prise de conscience des vrais problèmes de santé publique.
- De nouvelles pratiques de consommation.
- Nos échecs (le sevrage systématique), nos avancées (la réduction des risques).

Ce que nous avons apprenons, au quotidien :

- Abandonner le pharmaco-centrisme : l'usage est au moins aussi important que la drogue utilisée et il existe des addictions sans drogue (le jeu, internet, la sexualité ...)
- Abandonner les catégories de bonnes ou mauvaises drogues : elles peuvent toutes provoquer des méfaits et elles apportent toutes des bienfaits
- L'usage de drogues ne fait pas l'addiction, et l'addiction n'est pas en soi une pathologie ou une maladie, cela dépend du contexte et de la motivation de l'usager : la dépendance s'inscrit dans un rapport entre un usager et ce qui le caractérise, un produit et ses particularités et un contexte et ses spécificités
- Prévenir, comme soigner, impose de tenir compte de l'expertise de l'usager, de son expérience et de sa satisfaction subjective
- Les notions d'accompagnement, de réduction des dommages, d'intervention précoce et d'éducation préventive prennent le pas sur celles d'information et de pénalisation.

*« Les psychotropes, comme d'autres technologies, sont des instruments issus de notre monde « moderne » pour répondre à nos besoins de satisfactions : plaisirs, socialité et soulagement de souffrances. Leur disponibilité, leurs usages et leurs conséquences interrogent l'évolution globale de notre société autant que le micro-contexte social vécu par l'individu et sa famille. Ils interrogent chacun de nous dans ses ca-*

*pacités de choix et de maîtrise de ses expériences, et dans son éducation en ce qu'elle lui permet (ou pas) d'acquérir ces capacités.*

**Le projet de la prévention va donc bien au-delà de ce à quoi on le réduit souvent : informer et poser des limites »**

Morel, A. (2010) L'aide-mémoire d'addictologie, Paris, Dunod

« C'est où le tout illimité à prix irrésistible ? »

Comprendre l'usage des drogues aujourd'hui et la prévention des dommages nécessite de les situer dans leur contexte c'est-à-dire d'abord celui de la société d'hyperconsommation avec ce qui la caractérise :

- Hyper sollicitation de l'achat
- Course à l'objet
- Intensification du sensoriel
- Jeux, sensations et images
- Vitesse et immédiateté
- Accélération et désynchronisation des systèmes de contrôle
- Difficulté d'une transmission expérientielle
- Désynchronisation du contrôle et court-circuit de la réponse éducative
- Croyance en un risque zéro (ce qui fait que nous parlons de réduction des risques là où d'autres parlent de prévention des dommages ... ceci n'est pas neutre, la notion de risque étant essentiellement une notion liée à l'assurabilité donc au profit)

J'amènerai donc 5 postulats qui me semblent constituer le socle des pratiques en réduction des risques/réduction des dommages :

- Une société sans drogue n'existe pas, pas plus que le risque zéro
- Il est essentiel d'observer et d'analyser les pratiques et les représentations des usagers
- Deux conditions sont essentielles pour que les gens puissent modifier leurs comportements à risques :
  - le fait de prendre en compte l'expérience des personnes

- le fait de respecter leur capacité à changer
- Il faut tenir compte de la pluralité des facteurs de risques et de la diversité des modes d'engagement des personnes
  - La RDR doit être adaptative : les pratiques d'usages de drogues évoluent et prennent de nouvelles tendances :

Réduire les risques, c'est donc...

- **Considérer les usagers comme responsables** et leur donner les moyens de diminuer les risques.
  - Chaque risque comporte des moyens pragmatiques de s'en protéger, pour tous les produits et comportements
  - Diminuer le risque n'est pas faciliter l'usage ... c'est ce qui se révèle le plus efficace pour accompagner et permettre le changement
- Des axes et des outils :
  - le risque infectieux et vital,
  - le risque social et l'espace public,
  - l'accès au soin et la rencontre.
  - Intégrer la RdR aux soins (care)

**Soigner c'est accompagner...**

- **La conception du soin dépend toujours de celle de l'addiction**
  - Je rappelle qu'il existe dans nos esprits une idée de « faute » qui s'avère fondamentalement préjudiciable : épreuve de rédemption et produit diabolique, objectif « abstinence, désintoxication et postcure »
  - La conception adaptative elle, place l'usage du produit dans l'équilibre personne/contexte, entend la dépendance comme un processus qui capte les activités et la pensée, diminuant les capacités **et les autres satisfactions**. Il s'agit donc de s'attacher autant au contexte de vie qu'à la substance.
- **Il faut donc considérer les dimensions sociales, psychologiques, biologiques du soin :**
  - **Soigner le double versant** de la problématique addictive : la souffrance et le mal être sous-jacent, aider à retrouver du contrôle sur le comportement
  - **Combiner les interventions** : l'accompagnement thérapeutique, faire évoluer le mode de

vie, soulager les blessures affectives et sociales, équilibrer le biologique ...

Cela signifie

- Instaurer et/ou renforcer un climat de tolérance et de responsabilisation des usagers (ce qui est loin d'être le cas)
- Initier et promouvoir des formes d'action communautaire

Dès lors, comment diminuer les dommages consécutifs à certaines conduites de consommation ?

Je me réfère à ce que résume ainsi Alain Morel, psychiatre et addictologue français que j'ai cité précédemment : « Deux principes, deux orientations :

- pragmatisme (à chaque risque un outil de prévention)
- non jugement (responsabilisation) »

Cela signifie créer une nouvelle alliance avec les usagers autour de « comment consommes-tu et dans quelles conditions vis-tu ? » et travailler sur les modes de consommation, leurs risques concrets et les possibilités de changement réalisables.

Cela implique une politique qui fasse de l'individualisme moderne autre chose qu'un égoïsme en promouvant à la fois un ferment d'existence en tant que soi pour soi et en tant que soi en lien avec les autres, et aussi un ferment de changement collectif.

Il s'agit de travailler avec des acteurs primordiaux, par exemple soutenir les familles et l'entourage mais aussi, cela me semble fondamental, les acteurs de proximité au niveau local : maison de quartier, maisons médicales, CPAS ... Il s'agit, en effet, de valoriser jeunes et adultes, renforcer les liens familiaux et sociaux, re-légitimer les éducateurs, compenser les pertes d'attachement social ... ce travail est celui qu'investit la promotion de la santé qui permet les interventions transversales mais qui nécessite un réel soutien des différents niveaux de pouvoir. Il s'agit de former, d'informer, d'accompagner, d'agir avec les personnes sur ce qu'ils pensent pouvoir les aider à améliorer la santé (gestion des émotions, stress, estime de soi, mais aussi logement, vie dans le quartier ...), de soutenir une action sur la gestion des expériences de vie (accompagner et trouver des « outils », ouvrir à des compétences ...)

Faire de la RDR dans la promotion de la santé c'est :

- Élaborer des politiques publiques saines

- En quoi influencent-elles le développement de conduites addictives ? Que peut-on améliorer ? Exemple : loi sur la pub

- Créer des milieux favorables à la santé
- Travail sur le cadre de vie quand il est facteur d'exclusion
- Renforcer les actions communautaires
- Des initiatives existent qui peuvent aussi intervenir sur des questions en lien avec des problèmes de consommation exemple : maisons médicales, maisons de quartier ...
- Valoriser et développer les compétences individuelles
- Travail sur la gestion des émotions, l'estime de soi, l'évaluation des dommages
- Réorientation des services de santé
- Existe-t-il, dans les structures généralistes d'accueil et de soins, une réponse adaptée aux questions et problèmes des usagers ?

Au delà des méthodes, il s'agit d'un projet éthique et politique, celui d'aider les individus, dans leur contexte, à gérer leurs expériences de vie et à trouver un mode de vie « optimal ». Il s'agit de revaloriser les notions, essentielles de plaisir et d'expérience qui sont deux des principaux atouts pour la prévention comme pour les soins. Il s'agit, surtout, de rompre avec les croyances du passé.

*En conclusion ?*

- Partir de la réalité humaine du problème : **l'utilisateur et son expérience, dans son contexte**
- Dé-stigmatiser « L'utilisateur » : **nous sommes tous des utilisateurs !**
- Reconnaître « L'expérience » comme une expertise et redonner des capacités à agir

***Ce que nous vivons avec les « drogues » dans notre contexte sociétal nous donne un savoir sur nos ressources, nos limites, notre pouvoir d'agir individuel et collectif ...***

Changer de politique ... »

### 13. Audition de Miguel Rwubusisi, chargé de projets à l'ASBL Eurotox, Observatoire des drogues en Communauté française

Eurotox est l'Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française ainsi que la mission de Sous-point focal du réseau REITOX, relié à l'observatoire européen de Lisbonne, dont l'objectif est de réaliser un monitoring des drogues licites et illicites, leur évolution et leur usage.

L'observatoire européen des drogues travaille en effet avec un dispositif de « points focaux » dans tous les pays européens et de « sous-points focaux » locaux communautaires et régionaux. Il en existe quatre en Belgique dont la mission est de collecter l'information, de déclencher un système d'alerte précoce à l'apparition de nouvelles drogues et de répertorier les drogues utilisées par les usagers.

#### Système d'alerte précoce (Early warning system EWS)

Eurotox participe au niveau national au Système d'Alerte Précoce (Early Warning System – EWS) en matière de nouvelles drogues de synthèse, dans le cadre de l'« Action commune du 16 juin 1997 fondée sur l'article K.3 du traité de l'Union européenne, relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse ». Il faut signaler toutefois que la mise en œuvre belge de l'EWS dépasse les seules drogues de synthèse pour s'intéresser aux nouvelles drogues en général et aux nouveaux modes de consommation ou nouvelles concentrations de drogues connues (y compris légales) entraînant des risques accrus pour le consommateur.

Les messages d'alerte précoce diffusés par Eurotox peuvent se baser sur les informations suivantes : analyse de comprimés d'« ecstasy » par des laboratoires d'analyse toxicologique; analyse d'échantillons de sang et d'urine par des laboratoires de biologie clinique; ligne téléphonique d'Infor-Drogues, ligne téléphonique du V.A.D. (« Druglijn »); signalement par des intervenants de terrain; opérations Boule de Neige; enquêtes ponctuelles dans les milieux festifs.

Les « points de *testing* » de pilules organisés par « Modus Vivendi », autorisés par le Ministre de la Santé sont également un lieu de récolte.

Les messages sont diffusés aux partenaires de terrain par e-mail, Eurotox se trouvant à la tête d'un système de diffusion d'information de type pyramidale. L'ISP informe Eurotox et Eurotox informe les associa-

tions concernées et/ou les usagers. Les usagers sont également informés via les opérations Boule de Neige (système de réduction des risques par des pairs), ainsi que via une feuille de liaison sur la Réduction des risques dénommée « Brèves de comptoir », ces deux initiatives appartenant à l'ASBL Modus Vivendi. Un « flyer » destiné uniquement aux usagers est aussi diffusé lorsque cela s'avère nécessaire. Les messages d'EWS sont actuellement envoyés sous format électronique aux intervenants de terrain qui l'impriment comme ils l'entendent et le distribuent aux usagers s'ils le jugent nécessaire. Par ailleurs chaque nouveau message d'EWS figure en première page du site internet d'Eurotox, et tous les messages EWS anciens sont archivés et accessibles sur le site.

M. Rwubusisi précise encore que si les alertes ne doivent pas être confidentielles, elles ne doivent pas non plus être sensationnalistes, de façon à ne pas être mal utilisées par la presse, et afin que ces alertes restent crédibles pour les cas très graves. L'intervenant ajoute que chaque alerte se termine par des conseils de réduction des risques.

#### Description des tendances émergentes

Une description des tendances émergentes en matière de consommation de drogues est réalisée au fur et à mesure de l'apparition de celles-ci, dans la mesure du possible. Elles sont ensuite compilées dans le rapport sur l'usage de drogues en Communauté française. Les tendances émergentes sont recueillies via un groupe internet animé par Eurotox. L'objectif en est un échange de savoirs entre professionnels qui vise à repérer précocement les nouvelles tendances et à en évaluer correctement les implications sur la santé, les conséquences sociales, les risques, etc. Ceci dans le but de pouvoir en informer les intervenants afin que leur action au contact d'un éventuel nouveau produit/mode de consommation bénéficie de cet échange de savoirs. Le cas échéant, la tendance émergente peut même faire l'objet d'une alerte précoce.

Il y a trois ans, Eurotox a intégré un groupe international de réflexion échangeant de l'information en termes de consommations de drogues. Ce groupe est principalement composé d'organisations responsables d'analyses de produits en milieu festif. Il s'étend sur le territoire de l'Union Européenne, avec notamment des membres en Espagne et en Suisse. Il est nommé « Tedi Workgroup », et a été créé par l'organisation « Democracy Cities and Drugs ». Les membres du groupe Tedi sont censés, outre les analyses réalisées en milieu festif, assurer un feedback de ces analyses vers le public des consommateurs de drogues. Bien que n'étant pas dans ce cas, Eurotox a pu rejoindre le groupe grâce à son partenariat fort avec l'ASBL Modus Vivendi, qui réunit, elle, tou-



tes ces conditions. Le groupe peut être visité à l'URL <http://www.tediproject.org/>.

Eurotox est par ailleurs membre du forum Online du VAD (homologue flamand d'Eurotox, et Sous-Point Focal de l'OEDT en Communauté flamande) sur les Alertes précoces / Early Warnings. Ce dernier, outre les alertes proprement dites, est lui aussi un forum de discussion sur les tendances émergentes en matière de produits et de consommations.

Concernant les tendances émergentes proprement dites, il n'y a pas de progression de la cocaïne et du cannabis.

Une enquête récurrentes menée par l'ULB et d'autres pays européens (enquête HBSC Health Behaviour in School-aged Children) : [www.ulb.ac.be/esp/sipes/](http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/)), auprès des jeunes de 12 à 18 ans montre que la prévalence pour les douze derniers mois, en ce qui concerne la cocaïne, est de 0,3 % pour les jeunes de 12 ans, et de 3,3 % pour les 18 ans. Pour cette substance, il n'y a pas encore de comparaison.

Pour ce qui concerne le cannabis (prise au moins une fois par semaine), la prévalence est la suivante pour les jeunes de 12 à 18 ans : entre 1994 et 2010 l'usage grimpe de 4 % à 8 % jusqu'en 2002 pour redescendre à 4,9 % en 2010.

En ce qui concerne l'ecstasy, la prévalence pour la même tranche d'âge passe de 5,1 % à 7 % de 1994 à 1998 et descend à 2,7 % en 2001, sur la base d'une prise au moins au cours de la vie.

En enfin, pour ce qui concerne les prix, la cocaïne coûtait 40,80 € le gramme en 2004 pour 49,90 € en 2011.

M. Rwubusisi termine son exposé en précisant que par rapport à la complexité institutionnelle, Eurotox mène des recherches sur les meilleurs moyens d'actions possibles.

## 14. Discussion

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH)** remercie les intervenants pour leurs exposés et l'ouverture qu'ils apportent au débat, et notamment Mme Anceaux sur les représentations mentales qui conditionnent les attitudes de chacun.

Le commissaire souhaite lui demander, dans la perspective de l'accompagnement, si elle a remarqué une évolution de la demande de la part des familles et particulièrement des parents, par rapport à la représentation mentale des usagers de drogues.

Il souhaite savoir également si les services existant sont suffisamment équipés par rapport à l'entourage des usages de drogues : parents, collègues, amis, familles.

Et enfin, M. du Bus de Warnaffe souhaite savoir comment les intervenants perçoivent la communication entre la Communauté française et la Commission communautaire française sur cette problématique. Existe-t-il, d'après eux, un axe commun sur les politiques de prévention et celle de réduction des risques ?

**M. Jacques Morel (Ecolo)** remercie également les invités pour leurs exposés intéressants et éclairants. Il fait la remarque suivante : on constate que la RdR fait appel à de grandes résistances sociales. Sachant cela, le secteur de la santé mentale a-t-il un souci de travail culturel et collectif pour oeuvrer à l'évolution du point de vue social global par rapport à la RdR ?

Par ailleurs, l'intervenant souhaite savoir quelles notions recouvre le constat « ça marche » ? Pour qui cela « marche »-t-il et au regard de qui ?

Le commissaire souhaite savoir également jusqu'où il est possible de « déspecialiser » cette question, de sortir de la stigmatisation, et dans quelle mesure, et de faire rentrer cette question dans une dynamique sociale.

Il souhaite poser également la question du recueil des données. Qu'en est-il de ce projet ?

Et enfin, comment le travail d'Eurotox est-il cadré ? Qui est responsable de l'élaboration du cahier des charges et quel est le lien avec le travail de l'ensemble du secteur ?

**Mme Béatrice Fraiteur (FDF)** revient à la « vision du XXI<sup>e</sup> siècle » proposée par Mme Anceaux. Y a-t-il un accord de tout le secteur sur cette vision des choses ? Et qu'attend ce dernier de la classe politique ?

A M. Rwubusisi, l'intervenante demande par quel canal les alertes d'Eurotox atteignent les usagers des drogues et lesquels d'entre eux on arrive à toucher.

Concernant le taux de consommation, la commissaire demande également s'il y a des chiffres concernant le cannabis, l'héroïne et d'autres produits nouveaux.

**Mme Catherine Moureaux (PS)** se joint à cette dernière question sur les chiffres relatifs aux drogues (particulièrement l'héroïne) et sur les modes d'usage.

**M. Bea Diallo, président**, remercie vivement les deux orateurs pour leurs exposés et souhaite aborder l'usage du cannabis par les sportifs, dans la mesure où, dit-il, 80 % des contrôles positifs sur les jeunes sportifs en Communauté française concerne le cannabis. Il se dit effrayé de cette banalisation de l'usage du cannabis et souhaite savoir s'il existe un travail spécifique par rapport à cette substance et par rapport à son usage.

L'intervenant constate, en temps qu'échevin de la famille, que beaucoup de familles sont dépassées et perdues par rapport à cette situation. Lorsqu'il tente de diriger les jeunes vers les structures adéquates, il constate que l'usage de drogues reprend le dessus lorsque ceux-ci retrouvent leur contexte quotidien. Comment peut-on personnaliser l'accompagnement et soutenir les familles en détresse ?

Pour revenir aux « représentations du XXe siècle » qui sont celles que partage une large partie de la population à propos de l'usage de drogues, **Mme Pascale Anceaux, directrice de l'ASBL Infor Drogues**, précise que ces représentations sont encore les mêmes au XXI<sup>e</sup> siècle : celle de la « pomme pourrie ». Les parents concernés sont eux-mêmes victimes de cette représentation, et vivent donc dans une angoisse difficile à gérer.

Il est donc important d'offrir des réponses aux parents et de dénoncer les images véhiculées par les media qui renforcent ces représentations (telles que « générations cannabis » ou « de nos jours tous les jeunes fument du cannabis ou pratiquent le *binge drinking* »). Les familles ressentent souvent une forte culpabilité car ils subissent régulièrement une dysqualification de leur façon d'être parents. C'est cette dysqualification qu'il faut combattre.

De même que l'usager de drogues n'est pas seulement un usager, un parent n'est pas qu'un parent, mais une personne. Il serait utile qu'il existe des espaces pour les parents. Mme Anceaux précise qu'à Infor-Drogues, 48 % des appels viennent des parents qui après dix minutes de conversation sur l'usage de drogues de leur enfant, enchaînent sur tous les autres problèmes familiaux.

L'intervenante estime que la constatation « ça ne va pas à cause des drogues » n'est pas un point de départ adéquat : quand ça ne va pas, ça ne va pas. Il faut, à son sens, restaurer l'image que les parents ont d'eux-mêmes, les soutenir et les aider à trouver des pistes par rapport à ce qui ne se passe pas bien dans la famille. Des structures existent pour recevoir les parents, mais peut-être faudrait-il les aider à mieux se faire connaître comme interlocuteur en tenant compte de la honte et de la peur de stigmatisation de certains parents.

En réponse à Bea Diallo, Pascale Anceaux répond que la dépendance doit être entendue comme le résultat d'une rencontre entre l'individu, le produit et le contexte. Tous trois doivent être pris en considération pour qu'une personne aille mieux et ne passe pas à un stade supérieur de consommation.

Pour reprendre les observations et questions de Bea Diallo, par rapport aux familles et à l'insuffisance de moyens, **M. Miguel Rwubusisi, chargé de projets à l'ASBL Eurotox, observatoire des drogues en Communauté française**, répond que la manière de faire est de travailler à moyen et à long terme.

Il faut notamment former des adultes relais, dont les familles. Il faut également faire un travail culturel par rapport à la réduction des risques, éviter que la consommation ne dérape et faire aussi en sorte que la jeunesse soit en meilleure santé.

Mais cela demande du temps et des moyens. Le rapport « Drogues en chiffres » du pouvoir fédéral montre que la part des dépenses pour la répression est de 50 %, la part pour les soins de 40 % et la part pour la prévention de 3 à 4 %. On peut donc voir qu'il n'y a pas de moyens pour le travail culturel à long terme.

En réponse aux questions sur la collaboration avec les « structures RdR », **Mme Anceaux** informe qu'elle croit au travail au niveau local, celui mené par les travailleurs des maisons de quartier, des maisons médicales, des AMO qui connaissent les besoins des gens et peuvent se constituer en relais adéquat vers les structures spécialisées pour peu qu'on leur en donne les moyens et qu'ils puissent être accompagnés dans ce travail par ces structures. L'intervenante souhaiterait collaborer également avec les CPAS.

Elle redit que les produits viennent colmater un trop-plein de difficultés individuelles, familiales et sociales récurrentes. On ne tombe pas « comme ça » dans l'héroïne.

Pascale Anceaux informe les commissaires qu'à l'hôpital Saint-Pierre existe une équipe qui peut intervenir en cas de « problème de drogue ». Les patients venant pour un « problème autre » savent ainsi que cette équipe existe.

Pascale Anceaux informe les commissaires qu'à l'hôpital Saint-Pierre il existe, par exemple, une structure, Interstices, qui peut intervenir en cas de besoins, lors de d'hospitalisation d'un usager et rendre plus facile le contact entre personnel soignant et consommateur en difficulté. Ceci illustre le travail de maillage des travailleurs du secteur de la toxicomanie, qu'il s'agisse de prévention, de soin ou de réduction des risques. Faire lien, faciliter le travail des autres inter-

venants sociaux, accompagner les usagers dans leur spécificités et leurs choix.

L'intervenante estime absurde que le cannabis (traçable durant 40 jours) reste une substance illégale et explique que ce n'est pas un produit dopant. Elle fait observer par ailleurs que le sport de compétition est aussi une valorisation sociale qui se transforme, comme au Brésil par exemple, en une hyper-valorisation du corps.

Mme Anceaux se demande par ailleurs quel est l'objectif de la traque au dopage.

**M. Miguel Rwubusisi** revient à la question de savoir si la RdR « ça marche ? » pour qui et par rapport à qui. Toutes les études et évaluations concluent que c'est une approche intéressante en terme de santé publique, parce qu'elle maintient un contact avec le consommateur et prévient donc mieux les dérapages. Il y a donc moins de décès, moins de personnes touchées par le sida, moins de nuisances sociales, moins de charges financières pour la sécurité sociale, et entraîne une durée de vie plus longue et une meilleure productivité sociale des usagers ainsi qu'une plus grande liberté générée par une consommation gérée.

Pour ce qui concerne l'axe commun entre la Communauté française et la Commission communautaire française, l'intervenant reconnaît que le paysage institutionnel représente un handicap pour aller de l'avant en matière de RdR. Il peut également y avoir une concurrence entre les travailleurs de terrain. Il conclut qu'une coordination plus proactive serait la bienvenue.

**Pascale Anceaux** fait remarquer notamment que Eurotox, Observatoire des drogues en Communauté française, ne bénéficie pas de subventions de la part de la région bruxelloise.

Infor-Drogues reçoit des subventions communautaires et bruxelloises (de la Commission communautaire française). Mais l'absence d'un guichet unique réclamé depuis des années par le secteur complique les choses. D'une part on ne peut pas saucissonner la prévention, les soins, etc. et d'autre part les structures doivent être en phase avec la réalité et éviter la parcellisation. L'intervenante rappelle que pour ce qui concerne les subsides de la Communauté française, Infor-Drogues, comme les autres associations, fonctionnent depuis trois ans en enveloppe fermée et donc sans indexation pour des salaires qui le sont eux. Cet état de fait pose des problèmes de plus en plus importants, mettant en question certains emplois et certains projets si cette situation devait s'éterniser.

Mme Anceaux en vient à la vision qu'a le secteur sur la RdR. En région bruxelloise, la majorité des structures utilisent des stratégies de RdR. Cette stratégie commence aussi à être utilisée pour le tabac. Cependant, certaines structures continuent à privilégier le recours à l'abstinence et à désavouer la réduction des risques au nom de ce que celle-ci entretiendrait l'usage de drogues. La question reste une interrogation qui touche aux valeurs de chacun. En effet, quelqu'un qui prend de la méthadone est-il un usager ou quelqu'un qui se soigne ?

L'intervenante aborde ensuite la question concernant les jeunes mineurs. A 14 ans, les jeunes vont-ils dans les comptoirs d'échanges de seringues ? Leur donnera-t-on une seringue ? Une infirmière va-t-elle l'aider à faire une injection ? Le secteur n'est pas unanime sur ces questions et certains thérapeutes refusent de recevoir une personne « sous produit ».

**M. Rwubusisi**, concernant la stratégie RdR, pose la question de savoir quels sont les effets d'une politique plus répressive. Il fait observer qu'une politique plus répressive, comme aux États-Unis par exemple, ne fait pas baisser le volume des consommateurs et qu'une politique plus libérale, comme au Pays-Bas jusqu'à ce jour, ne le fait pas augmenter. Il en conclut que le type de politique répressive ne change rien au nombre d'usagers.

La différence, et l'avantage de la stratégie RdR, est de pouvoir rester en contact avec les usagers, de les accompagner en santé, d'éviter les dérapages et également diminuer les dommages sur l'ensemble de la population.

En réponse à l'une des questions, Miguel Rwubusisi informe les commissaires que la plate-forme bruxelloise de collectes des données ne s'occupe pas d'études épidémiologiques. C'est la plate-forme santé mentale qui a repris cette mission. Il souligne toutefois la difficulté de cette mission : l'Institut scientifique de santé publique (ISP) demande que leur soit transmis le registre national des usagers, alors que les structures reçoivent dans l'anonymat.

En réponse à la question sur le « cahier des charges », M. Rwubusisi expose qu'Eurotox est cadré et est né des trois associations que sont Modus Vivendi, Infor-Drogues et Prospective. Cette dernière association travaille avec des adultes relais de façon à faire remonter l'information et répondre ainsi aux demandes politiques.

**Mme Anceaux** ajoute qu'il s'agit d'un programme quinquennal encadré par la Communauté française.

**M. Rwubusisi** précise encore, pour répondre à une interrogation d'une commissaire, qu'Eurotox

n'entre jamais en contact avec les consommateurs, mais avec les associations qui ont elles, les contacts avec les usagers, et avec « la rue ». Touchent-elles les plus marginalisés ? Il faut en effet que les informations transmises par Eurotox ne soient pas brutes, mais qu'elles soient diffusées par l'intermédiaire d'accompagnateurs qui sont des adultes professionnels et hautement formés.

Pour ce qui concerne les « produits du XXI<sup>e</sup> siècle », il y a en effet beaucoup de nouvelles drogues de synthèse, mais qui sont dans la matrice amphétamines ou ecstasy, et qui recherchent les mêmes effets. Concernant l'héroïne et la méthadone détournée, la prévalence sur les trente derniers jours est de 0,2 % à 1,6 % auprès des jeunes de 12 à 18 ans.

**Pascale Anceaux** revient au travail qui peut être réalisé avec les écoles. Ce travail fait l'objet d'une enveloppe fermée alors qu'il concerne un public actif. Il faudrait mener plusieurs études de types différents pour que les situations soient connues et exprimées, et que la stratégie auprès de ce jeune public puisse être différente sans que le coût soit nécessairement augmenté. L'intervenante insiste aussi pour que ces études soient exploitées.

**Miguel Rwubusisi** ajoute qu'en effet, il manque d'études sur la prévalence, et qu'on ne peut pas se baser uniquement sur les travaux de l'ISP.

**Mme Anceaux** termine en disant qu'il faut arrêter de travailler « avec des élastiques » : en ce qui concerne les *testing* de pilules, par exemple, on en pratique, puis on arrête, ensuite on recommence sans vraiment le dire. Les actions sont ainsi accidentelles et sans suivi. La réduction des risques est une stratégie importante et il faut que tout soit clair et cohérent.

Cette intervention clôture la liste des auditions auxquelles a procédé la commission de la Santé dans le cadre la thématique de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

\*

\* \*

La commission de la Santé, avec l'assentiment de tous ses membres, décide de constituer un groupe de travail composé d'un commissaire de chacun des groupes politiques, afin d'élaborer des recommandations.

Ce groupe de travail est composé de Mme Olivia P'tito (PS), M. Jacques Morel (Ecolo), Mme Anne Charlotte d'Ursel (MR), Mme Béatrice Fraiteur (FDF) et M. Pierre Migisha (cdH).

## 15. Recommandations

### 15.1. Développements

Lors des séances du 9 novembre 2011, 18 janvier 2012, 15 février et 18 avril 2012, la Commission de la Santé du Parlement Francophone Bruxellois a procédé à des auditions dans le cadre de la thématique de la réduction des risques liés à l'usage des drogues (1).

Ces travaux ont fait prendre conscience des idées reçues et véhiculées par notre société sur l'usage des drogues. Le concept de réduction des risques couvre différentes conceptions philosophiques et politiques. Mais quoiqu'il en soit, il s'agit avant tout d'une stratégie de santé publique, pragmatique qui doit s'adapter au mieux à la réalité des risques, que les drogues soient licites ou illicites. Pour comprendre et répondre aux besoins urgents et criants des usagers de drogues, il faut aller à leur rencontre, aller au plus près du terrain, ce qui ne va pas de soi ...

L'échec des stratégies traditionnelles de prise en charge des toxicomanies (axées sur l'abstinence), puis l'apparition de l'épidémie de sida, dans les années 1980, ont amené à repenser les politiques de santé à l'égard des usagers de 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'échanges ou de distribution de seringues. Ainsi est apparu le concept de réduction des risques.

Cette démarche vise à préserver la santé, le bien-être, la dignité, la citoyenneté des consommateurs et le lien social des usagers de drogues.

La réduction des risques est à la fois une démarche de préservation 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

(1) Liste des personnes auditionnées : Pr Isidore Pelc, Chef honoraire du service de psychiatrie et de psychologie médicale à l'hôpital Brugman-ULB, Il s'est exprimé à titre personnel, Catherine Van Huyck, directrice de l'ASBL Modus Vivendi, Christophe Marchand, directeur de la commission Drogues du Centre d'action laïque, Pascale Jamoulle, 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, accompagnée de Julien Fanelli, responsable du comptoir (LAIRR), 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, Observatoire des drogues en Communauté française.

propagation de maladies (sida, hépatites...) ou d'un problème de santé (overdoses, *bad trips* ...).

Approche pragmatique, la réduction des risques promeut à la fois le bien-être, la responsabilité, le souci de soi des usagers de drogues (voire des usagers 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 social plutôt que dans le champ pénal.

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 : comptoirs d'échange de seringues, distribution de kits d'injection, *testing* de produits psychotropes en milieu festif et système d'alerte précoce, diffusion de brochures, services de « bas seuil » (garantissant un accès inconditionnel, tant en matière administrative que financière, sanitaire ou horaire) et, dernièrement, salle de consommation et distribution contrôlée d'héroïne à Liège.

L'efficacité des actions de réduction des risques, tant pour les usagers que pour leur entourage immédiat et l'ensemble de la population (santé et tranquillité publiques), n'est désormais plus contestée. Ainsi, le « *testing* » de pilules de drogues de synthèse pratiqué dans de nombreux pays européens depuis le début des années 1990 a permis de réduire la mortalité liée à la consommation de ce type de produits <sup>(2)</sup>. De même, le traitement par diacétylmorphine (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 <sup>(3)</sup>. Lors de son audition, Monsieur Bara, président de l'association française SAFE, a rappelé que les premiers automates ont été implantés en 1994 dans le cadre d'expériences pilotes dans le département des Hauts-de-Seine, et qu'après 18 ans, SAFE constate que les automates fonctionnent toujours correctement, que la quasi-totalité des dispositifs est restée en place et que l'État et les communes prévoient d'installer et de financer cinq à dix nouvelles implantations par an. Les conclusions du projet-pilote Tadam, inspiré par l'expérience suisse et mis en place à Liège entre janvier 2011 et janvier 2013, seront tirées en juillet 2013. Les programmes d'échange de seringues (mis en place sous forme de comptoirs en Belgique, au Canada, en France, ... ou de bornes de prévention au Canada, en France ...) ont quant à eux

grandement participé à la diminution de la propagation de maladies infectieuses.

Les technologies de communications contribuent aussi à toucher certains usagers. Le projet « PES postal », mené en France est une nouvelle expérience qui permet, après contact par mail, l'envoi par voie postale de matériel de consommation à aux usagers qui ne peuvent ou ne veulent pas fréquenter les lieux d'accueil ou les automates, que ce soit en raison de leur éloignement géographique, des créneaux horaires non adaptés à leur travail, ou autre.

De même, le travail de réseau sur l'intersectorialité doit être renforcé pour développer des projets, former ou sensibiliser. Le projet « Hope in stations » est un exemple qui illustre bien la nécessité de développer de nouvelles pratiques <sup>(4)</sup>.

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 de réduction des risques : ingérence des autorités policières et judiciaires; manque d'articulation, voire initiatives contradictoires, entre les différentes entités compétentes; financements précaires, etc.

En outre, si elle est de mieux en mieux appréhendée par les autorités politiques et administratives, la démarche de réduction des risques n'est pas toujours bien perçue ou comprise par la population, comme en témoigne la polémique, en 2011, autour du projet d'installation d'un automate d'échange de seringues usagées à Saint-Gilles.

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 actuellement financées par différentes entités. Cette réforme peut toutefois se révéler une opportunité afin d'augmenter la cohérence des différents dispositifs.

La récente création d'une cellule francophone de lutte contre les assuétudes et l'élaboration prochaine du premier plan bruxellois de réduction des risques sont elles aussi des jalons importants sur lesquels il est nécessaire de s'appuyer afin d'apporter des réponses à ces problèmes.

(2) Voir notamment le « Carnet du risque n° 45 : réduction des risques et *testing* de pilules. État des lieux en Communauté française », Modus Vivendi, avril 2005.

(3) Voir <http://www.secunews.be/fr/news.asp?ID=1022>.

(4) Le projet « Hope in stations » s'intéresse particulièrement au phénomène selon lequel les personnes en situation précaire, et en particulier les personnes sans abri, sont pour différentes raisons attirées vers les gares ferroviaires où elles passent leur temps. Les gares ferroviaires offrent non seulement les infrastructures basiques (boutiques, sanitaires, services sociaux), mais aussi un lieu de rendez-vous, un lieu où il est (encore) possible de rester sans autorisation, et de devenir invisible dans la foule des passants (Rapport d'évaluation 2010).

Dans cette perspective, la présente proposition de recommandations vise à la reconnaissance culturelle et structurelle de la réduction des risques, à la fois par l'action de la Commission communautaire française, par le renforcement de la concertation entre les différentes autorités compétentes et par un examen de la législation fédérale afin d'éviter que les acteurs de réduction des risques n'encourent de sanction pénale.

## 15.2. Propositions de recommandations

*Le Parlement francophone bruxellois,*

Vu le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé,

Vu l'Accord du Collège 2009-2014 retenant une approche centrée sur la prévention, les soins et la réduction des risques en matière d'aide aux toxicomanes,

Vu la Déclaration conjointe de la Conférence interministérielle drogues du 25 janvier 2010 « une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique »,

Vu l'accord de coopération relatif au cadre politique commun francophone en matière d'assuétudes conclu le 6 juillet 2011 entre le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, le Gouvernement wallon et le Collège de la Commission communautaire française,

Vu l'Accord institutionnel du 11 octobre 2011 pour la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat <sup>(5)</sup>,

Vu le Protocole d'accord du 20 septembre 2012 entre la Communauté française, la Commission communautaire française et la Région wallonne portant création de la Cellule politique francophone santé-assuétudes,

Considérant les conclusions des Tables rondes « assuétudes » mises sur pied par la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2010,

(5) Homogénéisation de la politique de prévention

- Seules les entités fédérées peuvent prendre des initiatives en matière de prévention. Si ces actions de prévention supposent la participation des prestataires de soins par l'intermédiaire d'actes remboursables (par exemple des honoraires de dépistage ou les honoraires pour l'administration d'un vaccin), ces prestations pourront être honorées par l'INAMI. Ces accords peuvent être conclus avec l'INAMI de manière asymétrique.
- Les moyens que le fédéral affecte actuellement à la prévention seront transférés, de même que le Fonds de lutte contre les assuétudes.

Considérant les recommandations du rapport « *Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles* » de novembre 2012, adressé notamment aux « aux cabinets et administrations des entités fédérées en charge des assuétudes (Région de Bruxelles-capitale, Wallonie et Fédération Wallonie-Bruxelles) »,

Considérant les inquiétudes et les demandes formulées lors des auditions de la commission de la Santé dans le cadre de la thématique de la réduction des risques liés à l'usage des drogues,

Considérant les différentes actions de réduction des risques mises en place avec succès depuis plus de vingt ans en Belgique et à l'étranger,

Considérant l'engagement du Collège de mettre sur pied un premier plan bruxellois de réduction des risques,

*demande au Collège de la Commission communautaire française*

1. 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, sensibilisation et formation;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. de veiller, dans le cadre de la mise en œuvre de cet accord, à assurer une réorganisation des compétences cohérentes pour le secteur des assuétudes;
6. 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'action de réduction des risques;

7. de promouvoir les bonnes pratiques et de soutenir des initiatives de réduction des risques ayant démontré leur efficacité tels, notamment, les comptoirs d'échange de seringues, salles de consommation à moindre risque, bornes de prévention, etc.

### **15.3. Vote sur les recommandations**

Les recommandations sont adoptées à l'unanimité des 8 commissaires présents.

## **16. Approbation du rapport**

Le rapport relatif aux auditions dans le cadre de la thématique de la réduction des risques liés à l'usage de drogues est adopté à l'unanimité des 8 commissaires présents.

*Le Rapporteur,*

Jacques MOREL

*Le Président,*

Bea Diallo

## 17. Annexes

### ANNEXE 1

24 FEVRIER 1921

**[Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.]**

**<intitulé modifié par L 2003-05-03/46, art. 2, 007; En vigueur: 02-06-2003>  
(NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 21-10-1994 et mise à jour au 29-12-2009)**

Publication : 06-03-1921 numéro : 1921022450  
page : 1834

Dossier numéro : 1921-02-24/01

Entrée en vigueur : 16-03-1921

#### *Article 1<sup>er</sup>*

<L 2003-05-03/46, art. 3, 007; En vigueur : 02-06-2003> Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, réglementer et surveiller, dans l'intérêt de l'hygiène et de la santé publique, l'importation, l'exportation, le transit, la fabrication, la conservation, c'est-à-dire le stockage dans les conditions requises, l'étiquetage, le transport, la détention, le courtage, la vente et l'offre en vente, la délivrance et l'acquisition, à titre onéreux ou à titre gratuit, des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques ainsi que la culture des plantes dont ces substances peuvent être extraites.

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, a les mêmes pouvoirs en ce qui concerne les substances psychotropes, autres que des substances stupéfiantes et soporifiques, susceptibles d'engendrer une dépendance.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, exercer également les mêmes pouvoirs en ce qui concerne des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.

(De plus, en vue de la détection des problèmes liés aux médicaments, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer des règles en matière de collecte et de traitement des données à caractère personnel relatives à la santé des patients. Ces règles prévoient des garanties relatives au consentement du patient, à l'information du patient, à la transmis-

sion limitée et au délai maximale de conservation de ces données conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.) <L 2008-12-22/33, art. 105, 013; En vigueur : 08-01-2009>

[1 Le Roi peut prévoir des mesures de surveillance plus strictes que celles requises par la Convention sur les substances psychotropes et des annexes, faite à Vienne le 21 février 1971 et confirmée par la loi du 25 juin 1992 portant assentiment à la Convention sur les substances psychotropes et des Annexes, faite à Vienne le 21 février 1971 et ce en application de l'article 23 de cette convention.] (1)

#### *Article 1<sup>er</sup>bis*

<L 1974-07-22/01, art. 34> (Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres,) est autorisé à imposer que les emballages des substances visées à l'article 1<sup>er</sup> portent les mentions relatives aux modalités de leur destruction, neutralisation et élimination. <L 2003-05-03/46, art. 4, 007; ED : 02-06-2003>

Il est autorisé à déterminer les conditions dans lesquelles doit se faire cette destruction, neutralisation et élimination.

#### *Article 1<sup>er</sup>ter*

<Inséré par L 1994-07-14/57, art. 2; En vigueur : 31-10-1994> Les infractions aux dispositions qui, dans les arrêtés royaux pris en exécution de la présente loi, concernent l'étiquetage, ainsi qu'aux règles édictées en exécution de l'article 1<sup>er</sup>bis, sont punies d'une amende de vingt-six à cinq cents (EUR). <L 2003-05-03/46, art. 5, 007; En vigueur : 02-06-2003>

#### *Article 2*

<L 1994-07-14/57, art. 3, 002; En vigueur : 31-10-1994> Les infractions aux dispositions qui, dans les arrêtés royaux pris en exécution de la présente loi, concernent les substances toxiques, désinfectantes ou antiseptiques seront punies :

1° d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de cent à trois mille (EUR) ou de l'une de ces peines seulement quand ces infractions concernent la conservation et la délivrance de ces substances; <L 2003-05-03/46, art. 6, 007; En vigueur : 02-06-2003>

(1) <L 2009-12-23/03, art. 21, 014; En vigueur : 08-01-2010>



2° d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de trois mille à cent mille (EUR) ou de l'une de ces peines seulement quand ces infractions concernent l'importation, l'exportation, la fabrication, le transport, la détention, la vente, l'offre en vente et l'acquisition à titre onéreux ou à titre gratuit. <L 2003-05-03/46, art. 6, 007; En vigueur : 02-06-2003>

Article 2bis

<L 09-07-1975, art. 2> § 1. – (Les infractions aux dispositions qui, dans les arrêtés royaux pris en exécution de la présente loi, concernent les substances soporifiques, stupéfiantes et les autres substances psychotropes susceptibles d'engendrer une dépendance et dont la liste est arrêtée par le Roi ainsi que la culture des plantes dont peuvent être extraites ces substances, seront punies (en fonction des distinctions visées à l'alinéa 2 et des catégories établies par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des Ministres,) d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de mille à cent mille (EUR) (...) .) <L 1994-07-14/57, art. 4, 002; En vigueur : 31-10-1994> <L 2003-05-03/46, art. 7, 007; En vigueur : 02-06-2003>

(Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, établir des distinctions entre les substances énumérées dans la liste visée à l'alinéa 1er.) <L 2003-05-03/46, art. 7, 007; En vigueur : 02-06-2003>

§ 2. – Les infractions visées au § 1 seront punies de la (réclusion de cinq ans à dix ans) : <L 2003-01-23/42, art. 107, 006; En vigueur : 13-03-2003>

- a) si elles ont été commises à l'égard d'un mineur âgé de 16 ans accomplis;
- b) si l'usage des substances spécifiées au § 1, qui a été fait à la suite des infractions, a causé à autrui, soit une maladie paraissant incurable, soit une incapacité permanente de travail personnel, soit la perte de l'usage absolu d'un organe, soit une mutilation grave.

§ 3. – Les infractions visées au § 1<sup>er</sup> seront punies (de la réclusion) de dix à quinze ans : <L 2003-01-23/42, art. 107, 006; En vigueur : 13-03-2003>

- a) si elles ont été commises à l'égard d'un enfant âgé de plus de 12 ans accomplis et de moins de 16 ans accomplis;
- b) si elles constituent des actes de participation à l'activité principale ou accessoire d'une association;
- c) si l'usage qui a été fait des substances spécifiées au § 1<sup>er</sup> à la suite des infractions, a causé la mort.

§ 4. – Les infractions visées au § 1 seront punies (de la réclusion) de quinze à vingt ans : <L 2003-01-23/42, art. 107, 006; ED : 13-03-2003>

- a) si elles ont été commises à l'égard d'un enfant âgé de moins de 12 ans accomplis;
- b) si elles constituent des actes de participation en qualité de dirigeant à l'activité principale ou accessoire d'une association;

§ 5. – Dans les cas prévus aux §§ 2, 3 et 4, une amende de 1 000 à 100 000 (EUR) pourra, en outre, être prononcée. <L 2003-05-03/46, art. 7, 007; En vigueur : 02-06-2003>

<Note d'article 9 de la loi du 09-07-1975, dispose : « Les personnes qui ont consommé en groupe des substances spécifiées à l'article 2bis, § 1<sup>er</sup>, ou ont, en vue de leur consommation personnelle, illégalement fabriqué, acquis ou détenu de telles substances, peuvent bénéficier des dispositions de la loi du 29 juin 1964 concernant la suspension, le sursis ou la probation, même si elles ne remplissent pas les conditions prévues aux articles 3 et 8 de la loi précitée relatives aux condamnations antérieures qu'elles auraient encourues. »>

Art. 2ter. <Inséré par L 2003-04-04/90, art. 2; En vigueur : 02-06-2003> Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, en fonction des distinctions et des catégories qu'il établit conformément à l'article 2bis, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, définir les infractions qui, en dérogation des peines prévues à l'article 2bis, seront punies :

- 1° d'une amende de 15 à 25 € pour la première infraction;
- 2° d'une amende de 26 à 50 € en cas de récidive dans l'année depuis la première condamnation;
- 3° d'un emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 50 à 100 € en cas de nouvelle récidive dans l'année depuis la deuxième condamnation;
- 4° d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 1.000 à 100.000 €, ou de l'une de ces peines seulement.

Outre les infractions punies des peines visées à l'alinéa premier, 4°, et par dérogation à l'article 137 du Code d'instruction criminelle, les tribunaux correctionnels connaissent des infractions visées à l'alinéa premier, 1° à 3°.

*Article 2quater*

<inséré par L 2003-05-03/46, art. 8; ED : 02-06-2003> Les infractions aux dispositions du (Règlement (CE) n° 273/2004 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2004 relatif aux précurseurs de drogues et du Règlement (CE) n° 111/2005 du Conseil du 22 décembre 2004 fixant des règles pour la surveillance du commerce des précurseurs des drogues entre la Communauté et les pays tiers) et des règlements en portant application ainsi que les infractions aux dispositions de la présente loi et des arrêtés pris en exécution de celle-ci concernant les substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, sont punies : <L 2006-12-13/35, art. 88, 012; En vigueur : 01-01-2007>

1° conformément aux articles 231, 249 à 253 et 263 à 284 de la loi générale sur les douanes et accises du 18 juillet 1977, quand l'infraction ou la tentative d'infraction est commise lors du placement de marchandises sous un régime douanier ou de leur réexportation hors du territoire douanier de la Communauté, au sens de l'article 4, 15, du Code des douanes communautaire, établi par le règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992. Il faut entendre par tentative d'infraction l'expédition, le transport ou la détention de substances dans le but manifeste de les placer sous régime douanier ou de les réexporter hors du territoire douanier de la Communauté;

2° d'une amende de 26 à 500 € quand ces infractions concernent l'étiquetage et les règles édictées en exécution de l'article 1<sup>er</sup> bis;

3° d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 1.000 à 5.000 € ou de l'une de ces peines seulement quand l'infraction concerne le fait de ne pas remplir ou tenir les documents ou registres, le faire de façon incomplète ou incorrecte, ne pas les conserver suffisamment longtemps et accepter des documents qui sont remplis de façon incomplète ou incorrecte, autres que des documents douaniers;

4° d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 3.000 à 10.000 € ou de l'une de ces peines seulement quand l'infraction concerne :

- l'accomplissement d'activités de fabrication, d'utilisation, d'entreposage, de courtage, de mise sur le marché, de commerce, d'importation, d'exportation ou de mise en transit sans en avoir obtenu l'agrément ou l'autorisation ou sans avoir fait de notification ou avoir pratiqué ces activités sans qu'elles soient visées dans l'autorisation ou l'agrément ou pour lesquelles il n'a pas été

fait de notification, à l'exception des infractions visées au 1°;

- (la vente ou l'expédition sans en avoir adéquatement averti le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les cas déterminés par le Roi. – Le Roi fixe la façon selon laquelle cet avertissement doit se faire.) <L 2006-12-13/35, art. 88, 012; En vigueur : 01-01-2007>
- la mise à la disposition de substances à des personnes autres que celles auxquelles cette mise à disposition est permise.

*Article 3*

§ 1. – (...) <L 2003-05-03/46, art. 9, 007; En vigueur : 02-06-2003>

(§ 2.) – Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, ceux qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances spécifiées à l'article 2bis, § 1<sup>er</sup>, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage. <L 2002-08-22/48, art. 2, 005; En vigueur : 11-10-2002>

(Ne sont pas soumises à l'application de l'alinéa précédent, l'offre en vente, la vente au détail et la délivrance, même à titre gratuit, visées à l'article 4, § 2, 6°, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales.) <L 1998-11-17/39, art. 2, 003; En vigueur : 23-12-1998>

(§ 3.) – Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, les praticiens de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession paramédicale qui auront abusivement prescrit, administré ou délivré des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance. <L 2002-08-22/48, art. 2, 005; En vigueur : 11-10-2002>

(§ 4. – Ne peuvent être sanctionnés, en vertu du paragraphe précédent, les traitements de substitution dispensés par un praticien de l'art de guérir.

On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient.

La liste des substances stupéfiantes et psychotropes sous forme médicamenteuse autorisées pour le traitement de substitution est déterminée par le Roi sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, le Roi détermine, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, les conditions relatives à :

- 1° la délivrance et l'administration du médicament;
- 2° l'enregistrement du traitement par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement moyennant le respect de la réglementation relative à la protection de la vie privée.

Pour les substances médicamenteuses qu'il détermine, le Roi prévoit, sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, des conditions concernant :

- 1° le nombre de patients pouvant être pris en charge, par médecin;
- 2° l'accompagnement du traitement et la formation continue du médecin;
- 3° la relation que le médecin prescripteur établit avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins.) <L 2002-08-22/48, art. 2, 005; En vigueur : 11-10-2002>

#### Article 4

<L 09-07-1975, art. 4> § 1. – Sans préjudice de l'application des articles 31 et 32 du Code pénal en cas de condamnation à une peine criminelle, les auteurs ou complices des infractions visées aux articles (2, 2°, 2bis, 2quater et 3) pourront être condamnés à l'interdiction conformément à l'article 33 de ce même Code. <L 2003-05-03/46, art. 10, 007; ED : 02-06-2003>

§ 2. – S'ils exercent une branche de l'art de guérir, l'art vétérinaire ou une profession paramédicale, le juge pourra leur interdire, temporairement ou définitivement, l'exercice de cet art ou de cette profession.

§ 3. – En condamnant du chef d'une des infractions visées aux articles (2, 2°, 2bis, 2quater et 3), le juge pourra ordonner la fermeture temporaire ou définitive des débits de boissons ou de tous autres établissements où les infractions ont été commises; il pourra en outre, interdire à titre temporaire ou définitif, au condamné l'exploitation, soit par lui-même, soit par une personne interposée, de tels établissements;

il pourra également ordonner, aux frais du condamné, l'affichage et la publication de la décision. <L 1994-07-14/57, art. 5, 002; En vigueur : 31-10-1994>

§ 4. – En cas de condamnation à une peine principale d'amende, la durée des interdictions ou de la fermeture, prononcée en vertu des §§ 2 et 3, prendra cours le jour où la condamnation contradictoire ou par défaut aura acquis force de chose jugée.

En cas de condamnation à une peine privative de liberté, cette durée prendra cours le jour où le condamné aura subi ou prescrit sa peine et s'il est libéré conditionnellement, à partir du jour de la libération, pour autant que celle-ci ne soit pas révoquée.

Dans le cas visé à l'alinéa précédent, les interdictions ou la fermeture produiront, en outre, leurs effets à compter du jour où la condamnation contradictoire ou par défaut aura acquis force de chose jugée.

(§ 4bis. – Lorsque le condamné n'est ni propriétaire ni exploitant du débit de boissons ou de l'établissement visés au § 3, la fermeture ne peut être ordonnée que si la gravité des circonstances concrètes l'exige, et ce, pour un délai maximum de deux ans à compter du jour où la condamnation contradictoire ou par défaut sera devenue irrévocable, après citation en intervention du propriétaire ou de l'exploitant susmentionnés, sur requête du ministère public.) <L 1998-11-17/39, art. 3, 003; En vigueur : 23-12-1998>

(§ 4ter. – La citation devant le Tribunal correctionnel en vertu du § 4bis, est transcrite à la conservation des hypothèques de la situation des biens, à la diligence de l'huissier auteur de l'exploit.

La citation doit contenir la désignation cadastrale de l'immeuble, objet de l'infraction et en identifier le propriétaire dans la forme et sous la sanction prévues à l'article 12 de la loi du 10 octobre 1913.

Toute décision rendue en la cause est mentionnée en marge de la transcription de la citation selon la procédure prévue par l'article 84 de la loi hypothécaire.) <L 1998-11-17/39, art. 3, 003; En vigueur : 23-12-1998>

§ 5. – Toute infraction aux interdictions ou à la fermeture prononcées en vertu (des §§ 2, 3 et 4bis), sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de 1 000 à 5 000 (EUR). <L 1998-11-17/39, art. 3, 003; En vigueur : 23-12-1998> <L 2003-05-03/46, art. 10, 007; En vigueur : 02-06-2003>

§ 6. – Sans préjudice de l'application des articles 42 et 43 du Code pénal, le juge pourra ordonner la confiscation des véhicules, appareils, instruments ou choses qui ont servi ou ont été destinés à com-

mettre les infractions prévues aux articles (2, 2°, 2bis, 2quater et 3) ou qui en ont fait l'objet, même s'ils ne sont pas la propriété du condamné. <L 1994-07-14/57, art. 5, 002; En vigueur : 31-10-1994> <L 2003-05-03/46, art. 10, 007; En vigueur : 02-06-2003>

#### Article 5

<L 09-07-1975, art. 5> En cas de récidive dans le délai de cinq ans après une condamnation du chef d'une infraction à la présente loi ou aux arrêtés pris en exécution de celle-ci, les peines correctionnelles pourront être portées au double et les peines criminelles augmentées conformément à l'article 54 du Code pénal.

#### Article 6

<L 09-07-1975, art. 6> Les dispositions du Livre I du Code pénal, sans exception du chapitre VII et de l'article 85, auxquelles il n'est pas dérogé par la présente loi, sont applicables aux infractions prévues par celle-ci.

Sont exemptés des peines correctionnelles prévues par les articles (2bis, 2quater et 3), ceux des coupables qui, avant toute poursuite, ont révélé à l'autorité l'identité des auteurs des infractions visées par ces articles ou, si ceux-ci ne sont pas connus, l'existence de ces infractions. <L 2003-05-03/46, art. 11, 007; En vigueur : 02-06-2003>

Dans les mêmes cas, les peines criminelles prévues par ces mêmes articles, sont réduites dans la mesure déterminée par l'article 414, alinéas 2 et 3 du Code pénal.

Les peines correctionnelles prévues par les articles (2bis, 2quater et 3) sont réduites dans la mesure déterminée par l'article 414, alinéa 4, du Code pénal, à l'égard des coupables qui, après le commencement des poursuites, ont révélé à l'autorité l'identité des auteurs restés inconnus. <L 2003-05-03/46, art. 11, 007; En vigueur : 02-06-2003>

#### Article 6bis

<L 2004-07-09/30, art. 89, 010; En vigueur : 25-07-2004> Les officiers de police judiciaire et les fonctionnaires ou agents désignés à cette fin par le Roi, peuvent visiter les officines, magasins, boutiques et lieux quelconques affectés à la vente ou à la délivrance des substances visées dans la présente loi, pendant les heures où ils sont ouverts au public.

Ils peuvent aussi visiter, pendant les mêmes heures, les dépôts annexés aux locaux et lieux visés à l'alinéa précédent, même lorsque ces dépôts ne sont pas ouverts au public.

Ils peuvent, à toute heure, visiter les locaux qui servent à la fabrication, à la préparation, à la conservation ou à l'entreposage de ces substances.

Ils sont investis des mêmes pouvoirs à l'égard des locaux où il est fait usage, en présence de mineurs d'âge, des substances visées à l'article 2bis, § 1<sup>er</sup>.

#### Article 7

<L 09-07-1975, art. 7> (§ 1<sup>er</sup>. – Sans préjudice des compétences des officiers de police judiciaire, les fonctionnaires ou agents des douanes et accises et les membres du personnel statutaire, ou, à défaut, les membres du personnel engagés dans les liens d'un contrat de travail à durée indéterminée (de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé), désignés à cet effet par le Roi, exercent la surveillance de l'application de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution et du Règlement (CEE) N° 3677/90 du Conseil du 13 décembre 1990 relatif aux mesures à prendre afin d'empêcher le détournement de certaines substances pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes et des règlements en portant application. <L 2006-12-27/32, art. 239, 011; En vigueur : 01-01-2007>

Les membres du personnel contractuel visés à l'alinéa premier prêtent serment, préalablement à l'exercice de leurs fonctions, entre les mains du ministre ou de son délégué.) <L 2003-12-22/42, art. 268, 008; En vigueur : 10-01-2004>

(§ 2. – Sans préjudice des compétences des officiers de police judiciaire les membres du personnel statutaire ou contractuel visés au § 1<sup>er</sup>, munis de pièces justificatives de leurs fonctions, peuvent dans l'exercice de leur mission :

1° (Visiter, entre 5 heures du matin et 9 heures du soir, sans avertissement préalable,) tous les lieux où les substances visées dans la présente loi sont vendues, délivrées à titre onéreux ou non, fabriquées, préparées, conservées ou entreposées, ou autres lieux soumis à leur contrôle (...) même si ceux-ci ne sont pas accessibles au public (...). <L 2004-07-09/30, art. 90, 010; En vigueur : 25-07-2004>

Toutefois, en dehors de ces heures, ils ne peuvent (visiter) les lieux visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, qu'avec l'autorisation préalable du (président du tribunal de première instance). <L 2004-07-09/30, art. 90, 010; En vigueur : 25-07-2004>

(Alinéa 3 abrogé) <L 2004-07-09/30, art. 90, 010; En vigueur : 25-07-2004>

(Alinéa 4 abrogé) <L 2004-07-09/30, art. 90, 010; En vigueur : 25-07-2004>

2° Procéder à tout examen, contrôle, audition et recueillir toutes informations qu'ils estiment nécessaires pour s'assurer que les dispositions des législations dont ils exercent la surveillance, sont effectivement observées et notamment :

a) interroger toute personne dont ils estiment l'audition nécessaire, sur tout fait dont la connaissance est utile à l'exercice de la surveillance;

b) prendre l'identité de toute personne dont ils estiment l'audition nécessaire pour l'exercice de la surveillance; à cet effet, exiger des personnes la présentation de documents officiels d'identification ou rechercher l'identité de ces personnes par d'autres moyens, y compris en faisant des photos et des prises de vues par film et vidéo;

c) se faire produire, sans déplacement, pour en prendre connaissance, tous livres, registres, documents, disques, bandes ou n'importe quels autres supports d'information contenant des données dont l'établissement, la tenue ou la conservation sont prescrits par les législations dont ils exercent la surveillance et en prendre des extraits, des duplicata, des impressions, des listages, des copies ou des photocopies, ou se faire fournir ceux-ci sans frais, ou même saisir n'importe quels supports d'information visés par le présent littera contre récépissé,

d) se faire produire, sans déplacement, pour en prendre connaissance, tous livres, registres, documents, disques, bandes ou n'importe quels autres supports d'information qu'ils jugent nécessaires à l'accomplissement de leur mission et en prendre des extraits, des duplicata, des impressions, des listages, des copies ou des photocopies ou se faire fournir ceux-ci sans frais, ou même saisir n'importe quels supports d'information visés par le présent littera contre récépissé,

e) saisir contre récépissé ou mettre sous scellés tous les biens mobiliers autres que ceux visés dans les litteras c et d, en ce compris les biens mobiliers qui sont immeubles par incorporation ou par destination, que le contrevenant en soit propriétaire ou pas, qui sont soumis à leur contrôle ou par lesquels des infractions aux législations dont ils exercent la surveillance peuvent être constatées lorsque cela est nécessaire à l'établissement de la preuve de ces infractions ou lorsque cela peut permettre de déceler les

coauteurs ou les complices de l'infraction ou lorsque le danger existe qu'avec ces biens, les infractions persistent ou que de nouvelles infractions soient commises ou encore quand les objets semblent former les choses ou les avantages patrimoniaux visés à l'article 42 du Code Pénal;

f) faire des constatations en faisant des photos et des prises de vues par film ou vidéo; <L 2003-12-22/42, art. 268, 008; En vigueur : 10-01-2004>

(§ 3. – Les membres du personnel statutaire et contractuel visés au § 1<sup>er</sup>, ont le droit de donner des avertissements, de fixer au contrevenant un délai pour se mettre en règle et dresser des procès-verbaux.

(La compétence qui permet de donner un avertissement est aussi limitée aux infractions liées aux substances vénéneuses, soporifiques, désinfectantes et antiseptiques.) <L 2004-04-12/39, art. 3, 009; En vigueur : 23-05-2004>

Ces procès-verbaux font foi jusqu'à preuve du contraire. Une copie de ceux-ci est portée à la connaissance du contrevenant endéans un délai de vingt jours, qui prend cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction. Lorsque le jour d'échéance qui est compris dans ce délai est un samedi, un dimanche ou un jour férié il est déplacé au jour ouvrable suivant.

Pour l'application du délai déterminé à l'alinéa précédent, l'avertissement donné au contrevenant ou la fixation d'un délai pour se mettre en règle n'emportent pas la constatation de l'infraction.

Lors de l'établissement des procès-verbaux les constatations matérielles faites par eux peuvent être utilisées, avec leur force probante, par les autres membres du personnel statutaires ou contractuels du même service, des autres services d'inspection ou par les membres du personnel statutaires ou contractuels chargés de la surveillance du respect d'autres législations.

Les membres du personnel statutaire et contractuel visés au § 1<sup>er</sup>, dans l'exercice de leur fonction, peuvent requérir l'assistance de la force publique.) <L 2003-12-22/42, art. 268, 008; En vigueur : 10-01-2004>

§ 4. – Le Roi règle le mode et les conditions de la prise d'échantillons, ainsi que l'organisation et le fonctionnement des laboratoires reconnus pour leur analyse.

(§ 5. – Le présent article ne s'applique pas aux contrôles effectués en application de la loi du 4 février 2000 relative à la création de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire.) <AR 2001-02-22/33, art. 10, 004; En vigueur : 01-01-2003>

#### Article 7bis

<Inséré par L 2003-12-22/42, art. 269; En vigueur : 10-01-2004> Les membres du personnel statutaires ou contractuels visés à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, doivent prendre les mesures nécessaires afin de respecter le caractère confidentiel des données à caractère personnel dont ils ont pris connaissance dans l'exercice de leur mission et assurer que ces données soient utilisées exclusivement pour l'exercice de leur mission de surveillance.

§ 2. – Lorsqu'ils l'estiment nécessaire, les membres du personnel statutaire ou contractuel visés à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, communiquent les renseignements recueillis lors de leur enquête à tous les fonctionnaires chargés de la surveillance d'autres législations, dans la mesure où ces renseignements peuvent intéresser ces derniers dans l'exercice de la surveillance dont ils sont chargés.

Il y a obligation de communiquer ces renseignements lorsque les autres membres du personnel visés à l'alinéa précédent les demandent.

Toutefois, les renseignements recueillis à l'occasion de l'exécution de devoirs prescrits par l'autorité judiciaire ne peuvent être communiqués qu'avec l'autorisation de celle-ci.

Les renseignements concernant des données médicales à caractère personnel ne peuvent être communiqués ou utilisés que dans le respect du secret médical.

§ 3. – Tous les services de l'Etat, y compris les parquets et les greffes des cours et de toutes les juridictions, des communautés, des régions, des provinces, des agglomérations, des fédérations de communes, des communes, des associations dont elles font partie, des institutions publiques qui en dépendent, ainsi que de toutes les institutions publiques qui en dépendent, sont tenus, vis-à-vis des membres du personnel statutaires ou contractuels visés à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, et à leur demande, de leur fournir tous renseignements, ainsi que de leur produire, pour en prendre connaissance, tous livres, registres, documents, disques, bandes ou n'importe quels autres supports d'information et de leur en fournir des extraits, des duplicata, des impressions, des listages, des copies ou des photocopies que ces derniers estiment utiles

à la surveillance du respect des législations dont ils sont chargés.

Tous les services précités, à l'exception des services des communautés et des régions, sont tenus de fournir sans frais ces renseignements, extraits, duplicata, impressions, listages, copies ou photocopies.

Toutefois, les actes, pièces, registres, documents ou renseignements relatifs à des procédures judiciaires ne peuvent être communiqués sans l'autorisation expresse du procureur général ou de l'auditeur général.

§ 4. – Les membres du personnel statutaire ou contractuel visés à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, ne peuvent avoir un intérêt quelconque, direct ou indirect, dans les entreprises ou institutions qu'ils sont chargés de contrôler.

#### Article 8

<L 09-07-1975, art. 8> § 1. – Seront punis d'une amende de 50 à 200 (EUR) ceux qui se sont refusés ou opposés aux visites des officiers et fonctionnaires (ou les membres du personnel contractuel ou statutaire) visés à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, à leurs inspections ou à la prise d'échantillons concernant les substances mentionnées à l'article 2. <L 2003-05-03/46, art. 13, 007; En vigueur : 02-06-2003> <L 2003-12-22/42, art. 270, 008; En vigueur : 10-01-2004>

§ 2. – Seront punis d'un emprisonnement de trois à cinq ans et d'une amende de 1 000 à 100 000 (EUR) ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui se seront refusés ou opposés aux visites, inspections ou à la prise d'échantillons auxquelles il est procédé par les mêmes agents (les membres du personnel contractuel ou statutaire), lorsque celles-ci concernent les substances mentionnées à l'article 2bis (ou à l'article 2quater). <L 2003-05-03/46, art. 13, 007; En vigueur : 02-06-2003> <L 2003-12-22/42, art. 270, 008; En vigueur : 10-01-2004>

#### Article 9

<L 2003-05-03/46, art. 14, 007; En vigueur : 02-06-2003> Les personnes qui ont, en vue de leur consommation personnelle, illégalement fabriqué, acquis ou détenu des substances visées à l'article 2bis, § 1<sup>er</sup>, peuvent bénéficier des dispositions de la loi du 29 juin 1964 concernant la suspension, le sursis ou la probation, même si elles ne remplissent pas les conditions prévues aux articles 3 et 8 de la loi précitée, relatives aux condamnations antérieures qu'elles auraient encourues, nonobstant les dispositions prévues à l'article 65, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code pénal.

Les dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup> s'appliquent également aux personnes qui ont, en vue de leur consommation personnelle, à titre gratuit ou onéreux, facilité l'usage à autrui, vendu ou offert en vente des substances précitées, sauf si ces infractions sont accompagnées des circonstances aggravantes visées à l'article 2bis, § 2, b), §§ 3 et 4.

#### Article 9bis

<Inséré par L 2006-07-20/39, art. 37; ED : 07-08-2006> Sous réserve des compétences des instances judiciaires et sans préjudice des articles 134<sup>ter</sup> et 134<sup>quater</sup> de la nouvelle loi communale, le bourgmestre peut, après concertation préalable avec les autorités judiciaires et après avoir entendu le responsable dans ses moyens de défense, décider de fermer un lieu pour une durée qu'il détermine, si des indices sérieux se présentent selon lesquels des activités illégales compromettant la sécurité et la tranquillité publiques et qui concernent la vente, la livraison ou la facilitation de la consommation de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques ou de substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes se passent à plusieurs reprises dans ce lieu privé mais accessible au public.

La mesure de fermeture n'a plus d'effet si elle n'est pas confirmée lors de la réunion qui suit du collège du bourgmestre et des échevins et elle est portée à la connaissance du conseil communal de la première séance qui suit.

La mesure de fermeture qui ne peut pas dépasser la durée de six mois peut être prolongée pour une même période après avis favorable du conseil communal, pour autant que de nouveaux faits similaires sont survenus ou sont apparus depuis la décision initiale.

#### Article 9ter

<Inséré par L 2006-07-20/39, art. 38; En vigueur : 07-08-2006> La personne qui est trouvée manifestement sous l'influence de produits soporifiques ou psychotropes dans un lieu accessible au public peut être arrêtée administrativement, si sa présence provoque désordre, scandale ou danger soit pour autrui, soit pour elle-même, sous la responsabilité d'un officier de la police administrative, pour une durée maximale de six heures. Elle reçoit, si sa situation l'exige, les soins médicaux nécessaires.

Les autorités judiciaires en sont avisées.

Au moment de la libération de cette personne, la police l'informe des possibilités d'aide bénévole et lui communique, si possible, les adresses nécessaires et les points de contact.

#### Article 10

<Inséré par L 1994-07-14/57, art. 6; En vigueur : 31-10-1994> § 1<sup>er</sup>. – Le roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, prendre dans le cadre du champ d'application de la présente loi, toutes mesures nécessaires à l'exécution des traités et des actes internationaux pris en vertu de ceux-ci. Il peut, à cette fin, compléter, abroger ou modifier les dispositions de la présente loi.

§ 2. – En cas de transgression des dispositions prises en vertu des traités et actes internationaux visés au § 1<sup>er</sup>, et non érigée en infraction par la présente loi, celle-ci sera sanctionnée d'un emprisonnement de huit jours à cinq ans et d'une amende de mille à dix mille (EUR) ou de l'une de ces peines seulement. <L 2003-05-03/46, art. 15, 007; En vigueur : 02-06-2003>

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, précise dans les limites prévues à l'alinéa précédent, les infractions et les peines applicables à chacune de celles-ci.

§ 3. – Les arrêtés royaux pris en vertu du présent article sont abrogés, lorsqu'ils n'ont pas été ratifiés par les Chambres législatives dans les deux années qui suivent celle de leur publication au *Moniteur belge*.

(§ 4. – Le présent article ne s'applique pas aux matières relevant de la compétence de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire.) <AR 2001-02-22/33, art. 10, 004; En vigueur : 01-01-2003>

#### Article 11

<inséré par L 2003-05-03/46, art. 16; En vigueur : 02-06-2003>

(NOTE : par son arrêt n° 158/2004 du 20-10-2004 (*Moniteur belge* 28-10-2004, p. 74050), la Cour d'Arbitrage a annulé cet article, en maintenant les effets de la disposition annulée jusqu'au 28-10-2004)

§ 1<sup>er</sup>. – Par dérogation à l'article 40 de la loi sur la fonction de police du 5 août 1992, en cas de constatation de détention, par un majeur, d'une quantité de cannabis à des fins d'usage personnel, qui n'est pas accompagné de nuisances publiques ou d'usage problématique, il ne sera procédé qu'à un enregistrement policier.

§ 2. – On entend par usage problématique : un usage qui s'accompagne d'un degré de dépendance qui ne permet plus à l'utilisateur de contrôler son usage, et qui s'exprime par des symptômes psychiques ou physiques.

§ 3. – On entend par nuisances publiques : les nuisances publiques visées à l'article 135, § 2, 7°, de la nouvelle loi communale. Conformément à l'article 3.5.g de la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, est considérée comme une nuisance publique, la détention de cannabis commise dans une institution pénitentiaire, dans un établissement scolaire ou dans les locaux d'un service social, ainsi que dans leur voisinage immédiat ou dans d'autres lieux fréquentés par des mineurs d'âge à des fins scolaires, sportives ou sociales.

#### *Article 12*

<Inséré par L 2003-12-22/42, art. 271; En vigueur : 10-01-2004> § 1<sup>er</sup>. – En cas d'infractions aux dispositions de la présente loi ou de ses arrêtés d'application (à l'exception des infractions liées aux substances stupéfiantes, psychotropes et aux substances qui peuvent être utilisées à la fabrication illégale des substances stupéfiantes et des substances psychotropes), le fonctionnaire-juriste (de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé), désigné par le Roi, peut fixer une somme dont le paiement volontaire par le contrevenant éteint l'action publique. En cas de non-paiement ainsi que dans le cas où aucune proposition de paiement n'est faite par le fonctionnaire-juriste, le procès-verbal sera transmis au Procureur du Roi. <L 2004-04-12/39, art. 4, 009;

En vigueur : 23-05-2004> <L 2006-12-27/32, art. 240, 011; En vigueur : 01-01-2007>

Un rapport annuel des résultats d'activités visées à l'alinéa précédent sera effectué.

Le montant dont le paiement éteint l'action publique ne peut être ni inférieur au montant minimum, ni être supérieur au montant maximum de l'amende fixée pour l'infraction à la disposition légale concernée.

En cas de concours de différentes infractions, les montants, dont le paiement éteint l'action publique, sont cumulés sans toutefois excéder le double du montant maximal comme visé à l'alinéa précédent.

En cas de récidive endéans un délai de trois ans après paiement de la somme qui éteint l'action publique, fixée en vertu de la violation de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, la somme du montant maximal peut être doublée.

Le montant des sommes est majoré des décimes additionnels en application de ce qui est prévu en matière d'amendes dans le Code pénal et éventuellement majoré des frais de l'expertise.

Les modalités de paiement sont déterminées par le Roi.

(alinéa abrogé) <L 2006-12-27/32, art. 240, 011; En vigueur : 01-01-2007>

§ 2. – Le présent article n'est pas applicable aux infractions prévues en application de l'arrêté royal du 22 février 2001 organisant les contrôles effectués par l'Agence Fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire et modifiant diverses dispositions légales.



ANNEXE 2

**Bon de Commande en matériel stérile d'injection auprès de Modus Vivendi asbl**

(151, rue Jourdan / 1060 Bruxelles / 02 644 22 00)

**Merci d'envoyer la commande par e-mail à: info@modusvivendi-be.org**

**ou par FAX au: 02 644 21 81**

A remplir par le partenaire

Nom de la personne qui passe commande :

Institution qui commande :

Contact téléphonique :

Adresse de livraison :

Adresse de facturation (si différente) :

Date de la commande :

**La commande est**                      \* à déduire de la clef de répartition  
    \* à facturer  
    \* autre :

Articles	Unité	Matériel commandé	Matériel livré (Par MV)	Prix unité	Prix unité/ quantité
Seringues BD	Caisse de 500			51,0000	0,102
Seringues OMNIKAN	Caisse de 2400			321,5600	0,134
Sterets- ROMED	Caisse de 5000			45,0500	0,009
Eaux	Caisse de 1800			186,1400	0,103
Stéricups	Caisse de 1000			149,7900	0,150
Container 0,45 litre	Par container			1,4900	1,490
Container 1 litres	Par container			2,7000	2,700
Container 11 litres	Par container			4,8000	4,800
Acide ascorbique 1 kg abc che	Par Kg			65,0000	65,000
Acide ascorbique 1 kg fargon	Par Kg			70,0000	70,000
Préservatifs smile ou startex	Boîte de 144			6,0000	0,0417
Lubrifiants	Caisse de 1000			63,0000	0,063
Pailles	Par 250		Gratuit	0,0000	0,000

0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0  
0

**Total de la commande matériel d'injection :**                      **0,000**

**Attention:** nous faisons notre maximum pour livrer dans les 15 jours (max), mais nous dépendons des délais de nos fournisseurs.

**Contact**

Tel 02/644 22 00 - Fax 02/644 21 81  
 Commandes et livraisons : Alain / info@modusvivendi-be.org  
 Comptabilité: Gregory / gregory.antoin@modusvivendi-be.org  
 Qualité des produits, et produits en test : Mira / mira.goldwicht@modusvivendi-be.org

Date de départ de la commande de MV :

Livré par : RDS (Roland) / Taxi vert / Poste / Enlevé sur place / autres :

Copie au RP : OUI / NON

Rempli par M

ANNEXE 3

# Les automates

---



« gare du nord »



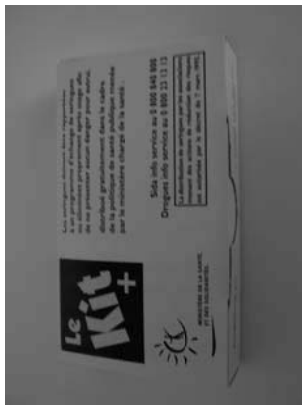
« gare de l'est »



« Sébastopol »



# Le matériel distribué



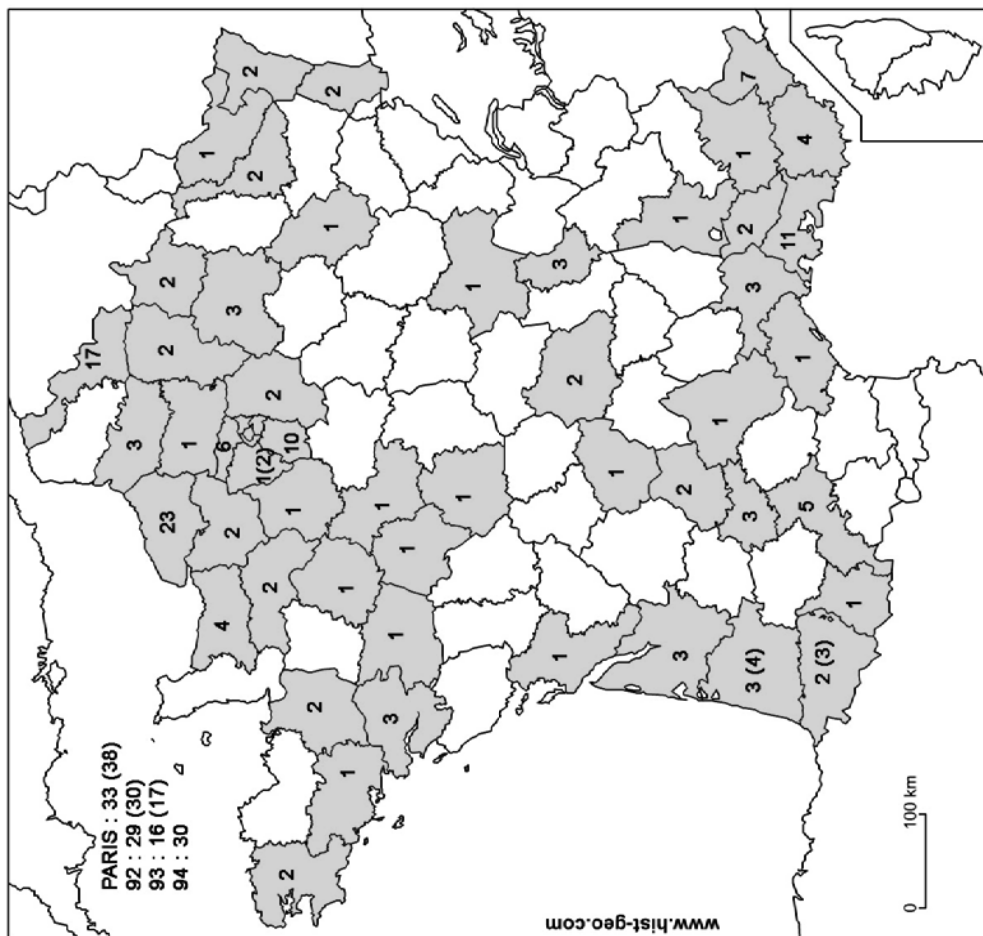


# Le dispositif national de réduction des risques par automates

## LES AUTOMATES

### DISTRIBUTEURS :

- 266 sites de distribution.
- Implantés dans 55 départements.
- Distribution d'environ 1 million de seringues par an.

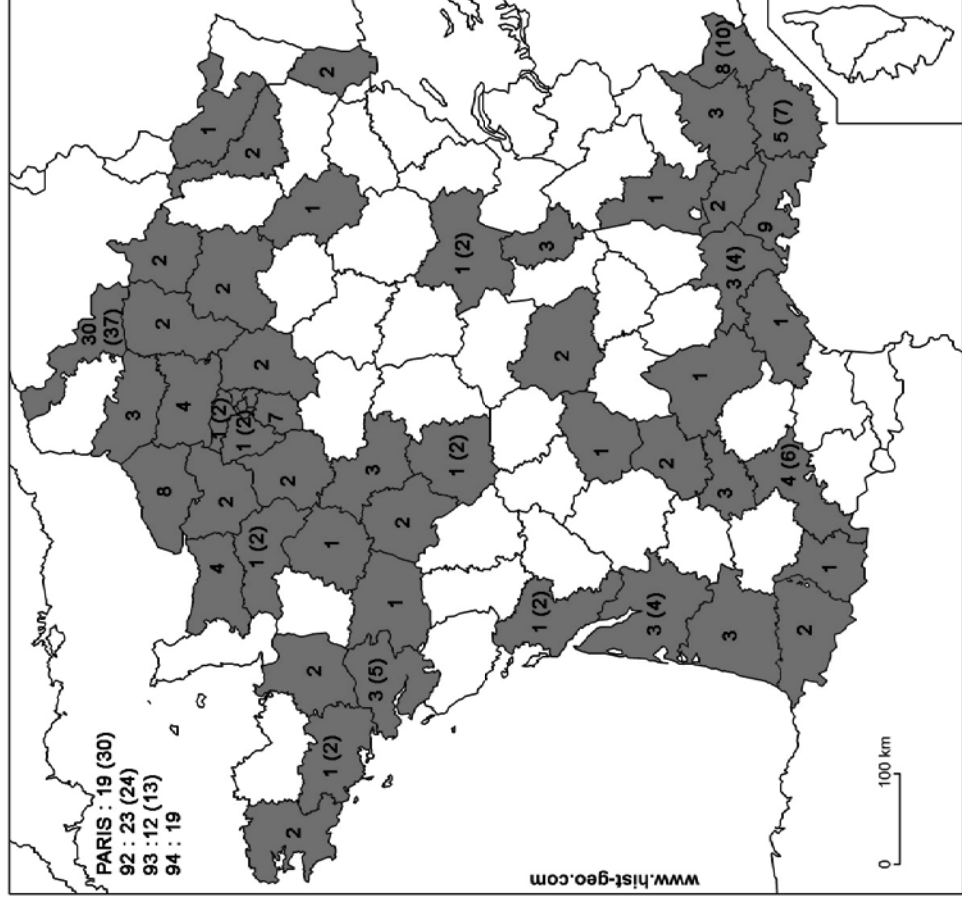





# Le dispositif national de réduction des risques par automates

## LES AUTOMATES RECUPERATEURS :

- 225 sites de collecte de seringues par automates, simples récupérateurs ou échangeurs ;
- implantés dans 53 départements ;
- plus de 500 000 seringues usagées collectées.





# Avantage n° 3 : améliorer la salubrité publique

## COLLECTE DE SERINGUES / PARIS - 2006

	SERINGUES DISTRIBUEES	SERINGUES COLLECTEES	SERINGUES PERDUES	TAUX DE RECYCLAGE	% DES PERTES
ASSOCIATIONS PES	293 600	97 395	196 205	33,17%	40,21%
PHARMACIENS (VENTE STERIBOX)	246 770	0	246 770	0,00%	50,57%
SAFE PES PAR AUTOMATES	255 010	210 000	45 010	<b>82,35%</b>	<b>9,22%</b>
<b>TOTAL PARIS</b>	<b>795 380</b>	<b>307 395</b>	<b>487 985</b>	<b>38,65%</b>	<b>100%</b>



## Ventes en officine / Accès gratuit

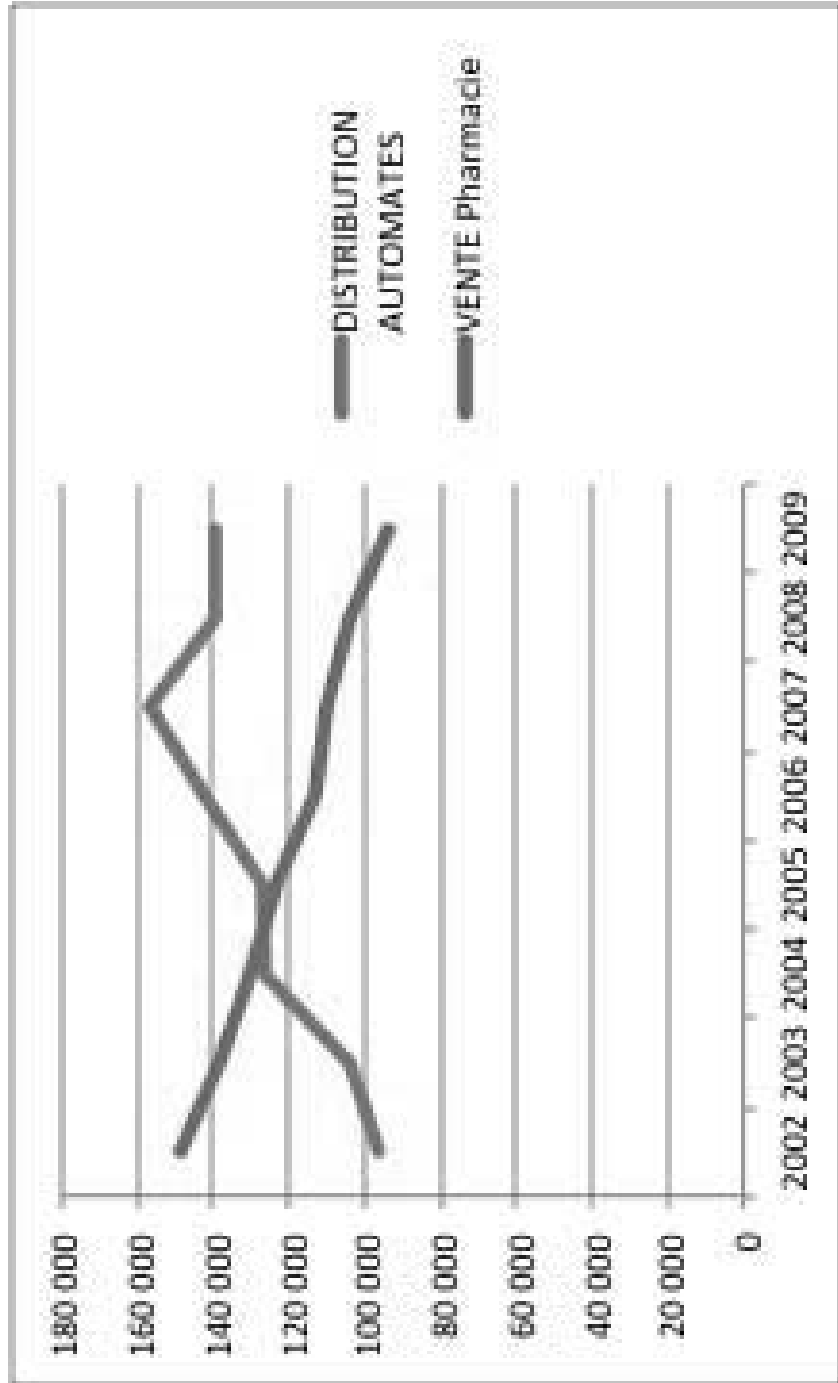
---

### PARIS

	<b>DISTRIBUTION AUTOMATES</b>	<b>VENTE Pharmacie</b>	<b>TOTAL</b>
2002	96 355	148 303	244 658
2003	103 869	138 099	241 968
2004	126 753	130 853	257 606
2005	127 504	123 385	250 889
2006	142 377	113 158	255 535
2007	156 451	110 149	266 600
2008	139 487	103 904	243 391
2009	139 782	93 734	233 516



# Evolution des modes d'accès à Paris







## Au delà des automates / Le PES postal



ANNEXE 4

# RESUME

## DROGUES EN CHIFFRES III

FREYA VANDER LAENEN  
BRICE DE RUYVER  
JOHAN CHRISTIAENS  
DELFINIE LIEVENS



## 1. INTRODUCTION

On observe depuis plusieurs années déjà un choix marqué pour une politique des drogues ‘evidence-based’, tant au niveau national qu'international (Leeuw, 2005 ; Wyatt, 2002). La recherche ‘public expenditure’ – la recherche sur les dépenses publiques – forme pour diverses raisons une partie essentielle de cette politique des drogues ‘evidence-based’. En premier lieu, une évaluation de la politique peut difficilement être effectuée sans avoir une bonne vue des dépenses concrètes des différentes autorités compétentes pour la réalisation de leurs objectifs politiques (Single et al., 2003). Deuxièmement, une étude du rapport coût-efficacité des mesures prises peut uniquement être réalisée si l'ensemble des frais sont connus. Troisièmement, l'inventaire des dépenses publiques est une partie de la recherche sur le coût social du phénomène de drogues (Reuter, Ramstedt & Rigter, 2004; Moore, 2005, De Ruyver et al., 2007).

En Belgique, l'intérêt pour la recherche sur les dépenses publiques a été souligné dans la note de politique fédérale en matière de drogues de 2001. La note fédérale en matière de drogues de 2001 signale qu'afin de permettre une approche intégrée et intégrale du phénomène de drogues, il est indispensable de dresser la carte des dépenses publiques pour ces différents secteurs politiques ainsi que des niveaux politiques compétents. Dans le prolongement de cette note, la recherche Drogues en Chiffres I a été menée de 2001 à 2003 sous la direction de l'équipe de recherche du Prof. Dr Brice De Ruyver. De 2005 à 2006, une nouvelle mesure a été réalisée dans Drogues en Chiffres II au moyen d'une méthodologie affinée et actualisée, afin d'obtenir une vue de l'évolution des dépenses publiques consacrées à l'approche de la problématique des drogues en Belgique. Dans la présente recherche, Drogues en Chiffres III, la méthodologie est encore affinée et élargie aux drogues légales (tabac, alcool et médicaments psychoactifs). Cela nous permet, en phase avec la Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues (2010), qui ne fait aucune distinction entre les drogues illégales et légales, d'obtenir une vision globale de toutes les dépenses effectuées par les différentes autorités aux niveaux politiques distincts en ce qui concerne une politique des drogues intégrale et intégrée.

## 2. OBJECTIF DE LA RECHERCHE

La recherche ‘Drogues en Chiffres III’ vise à fournir une esquisse des dépenses publiques relatives à la politique belge en matière de drogues (2008). Une mesure des dépenses qui sont liées à l'approche de la problématique des drogues illégales et légales (alcool, médicaments psychoactifs et tabac) est notamment effectuée.

En premier lieu, un cadre conceptuel et méthodologique est défini. A cet effet, on se base sur les études Drogues en Chiffres précédentes. Un inventaire des acteurs impliqués dans la politique en matière de drogues légales et illégales est ensuite dressé. Dans la phase suivante, la mesure est réalisée via une approche descendante et le contrôle de celle-ci. Quatrièmement, la méthode de recherche est évaluée, ce qui mène à la formulation de propositions en vue d'optimiser les mesures futures. Cinquièmement, un scénario est développé afin de permettre aux autorités fédérales, régionales et locales de mesurer leurs dépenses publiques relatives à la politique des drogues sur une base régulière. Le scénario décrit en détail les étapes méthodologiques devant être suivies pour la collecte et le traitement des données. Ceci est mis en œuvre comme système de contrôle pour la politique belge en matière de drogues.

## 3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel de cette recherche part du concept du budget en matière de drogues ; on estime notamment quelles sont les dépenses consacrées par les autorités à la politique des drogues dans tous les domaines et niveaux compétentes. Dans cette recherche, on choisit de partir du caractère direct des dépenses publiques et par conséquent de mesurer les dépenses proactives, où les actions politiques sont explicitement axées sur la problématique des drogues. Secundo, les dépenses privées et externes ne sont pas étudiées plus en détail, étant donné que celles-ci ne font pas partie, au sens strict, d'une étude ‘public expenditure’, mais

d'une étude sur le coût social (Vander Laenen, Vandam, De Ruyver & Lievens, 2008). Tertio, les dépenses 'labelled' et 'non labelled' sont mesurées. L'OEDT requiert cette méthode de classification des Points focaux nationaux (PFN) afin que les dépenses publiques puissent être comparées à celles des pays du réseau Reitox.

#### 4. RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une étude sur les dépenses publiques liées à la drogue peut remplir un rôle potentiel à trois niveaux. En premier lieu, on examine la répartition entre différents piliers pendant une période donnée. Au deuxième niveau, on effectue une comparaison toutes périodes confondues. Les dépenses provenant de l'étude Drogues en Chiffres II précédente forment le point de comparaison. Troisièmement, un rôle est réservé à la comparaison avec les études 'public expenditure' réalisées dans d'autres pays.

##### 4.1. TOTAL DES DEPENSES PUBLIQUES LIEES AUX DROGUES

En 2008, le total des dépenses publiques liées aux drogues illégales, à l'alcool, aux médicaments psychoactifs et au tabac est estimé à 975.085.793 euros. Il s'agit de la moyenne d'une estimation minimale et maximale : les autorités ont dépensé au minimum 655.473.287 euros pour la politique des drogues et au maximum 1.294.698.299 euros. Ces estimations ont été réalisées suite aux dépenses publiques pour le secteur de l'hospitalisation et l'exécution de la peine.

Secundo, une analyse des dépenses par pilier et par niveau de pouvoir est réalisée. Le tableau 1 montre que les plus grandes dépenses sont effectuées au niveau fédéral, entre autres en raison des frais élevés d'hospitalisation et de détection/exécution de la peine. Les autorités flamandes viennent en deuxième position, entre autres à cause des dépenses pour les centres de santé mentale. Vient ensuite la Wallonie, où plus de la moitié des dépenses sont consacrées à la prévention. Il convient toutefois de se demander quels seraient ces rapports si un calcul pour les 'services de santé mentale' était possible, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. La Région de Bruxelles-Capitale occupe la quatrième place, l'impulsion provenant de la COCOF qui subventionne 15 institutions actives dans le domaine de la consommation de drogues. A la cinquième place, les dépenses locales ne participent qu'à hauteur de 0,28% à toutes les dépenses publiques liées aux drogues. Ces villes et communes se spécialisent essentiellement dans le domaine de la prévention. Pour finir, la plus petite contribution de tous les niveaux de pouvoir est fournie par les provinces.

Tableau 1 : Les dépenses liées aux drogues illégales, à l'alcool et aux médicaments psychoactifs des différents niveaux de pouvoir (2008)

	Prévention	Assistance	Réduction des risques	Sécurité	Autres	Total
Autorités fédérales	2.589.842	725.667.575	299.746	216.744.689	3.159.094	<b>948.460.946</b> 97,27%
Autorités flamandes	3.882.021	7.625.207	461.203		38.250	<b>12.006.682</b> 1,23%
Autorités wallonnes	3.474.460	1.752.737	1.066.608			<b>6.293.805</b> 0,65%
Région de Bruxelles-Capitale	1.054.467	2.894.997	173.808			<b>4.123.272</b> 0,42%
Provinces	982.347	455.745	-			<b>1.438.092</b> 0,15%
Villes et communes	1.268.330	902.278	328.388		264.000	<b>2.762.996</b> 0,28%
<b>Total</b>	<b>13.251.468</b>	<b>739.298.540</b>	<b>2.329.752</b>	<b>216.744.689</b>	<b>3.461.344</b>	<b>975.085.793</b>

Tertio, les dépenses liées aux drogues sont calculées par habitant. La Belgique comptait 10.666.866 habitants en 2008. Cela signifie que les dépenses publiques pour la politique des drogues revenaient à 91,41 euros par habitant. Elles sont réparties comme suit entre les cinq piliers :

Tableau 2 : Répartition des dépenses publiques par habitant et par pilier (2008)

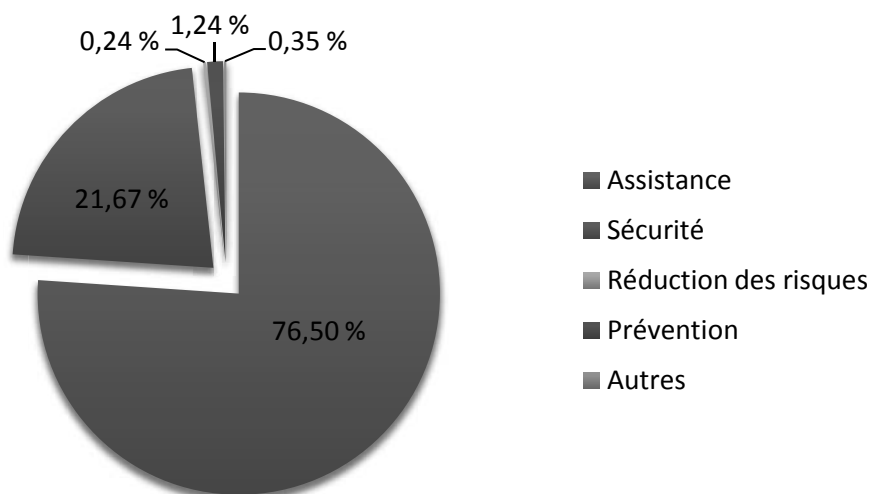
Pilier	Euros/habitant
Prévention	1,24
Assistance	69,31
Réduction des risques	0,22
Sécurité	20,32
Autres	0,32
<b>Total</b>	<b>91,41</b>

## 4.2. CONCLUSIONS PAR PILIER

### 4.2.1. DROGUES ILLÉGALES, ALCOOL ET MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS

Les dépenses publiques liées aux drogues illégales, à l'alcool et aux médicaments psychoactifs est estimé à 963.568.683 euros. Primo, la plus grande part (76,50%) de la moyenne des dépenses publiques liées aux drogues illégales, à l'alcool et aux médicaments psychoactifs appartient au pilier de l'assistance, le pilier de la sécurité représentant ensuite une grande part (21,67%). Les dépenses publiques pour les autres piliers – prévention, réduction des risques et autres – n'occupent qu'une petite partie du diagramme circulaire.

Illustration 1 : Visualisation des dépenses publiques liées aux drogues illégales, à l'alcool et aux médicaments psychoactifs par pilier (2008)



L'explication de ces rapports réside dans les dépenses élevées pour le traitement de la dépendance à l'alcool<sup>1</sup> dans le secteur de l'hospitalisation. Les dépenses totales à cet effet s'élèvent à 553.217.388 euros ou 57,41% des dépenses publiques totales pour la politique des drogues. Cela prouve que l'alcool entraîne un coût élevé pour la société. Il se produit la même chose dans le pilier sécurité au niveau de la détection (par la police) et de la détermination de la peine. A ces niveaux-là, les principales dépenses concernent l'alcool, étant donné que la plupart des procès-verbaux et des condamnations sont liés à l'alcool<sup>2</sup>. Nous pouvons donc en conclure que la

<sup>1</sup> Le système d'enregistrement du Résumé hospitalier minimum (RHM) et du Résumé psychiatrique minimum (RPM) fait la distinction entre les diagnostics 'alcool' suivants : abus, dépendance et intoxication.

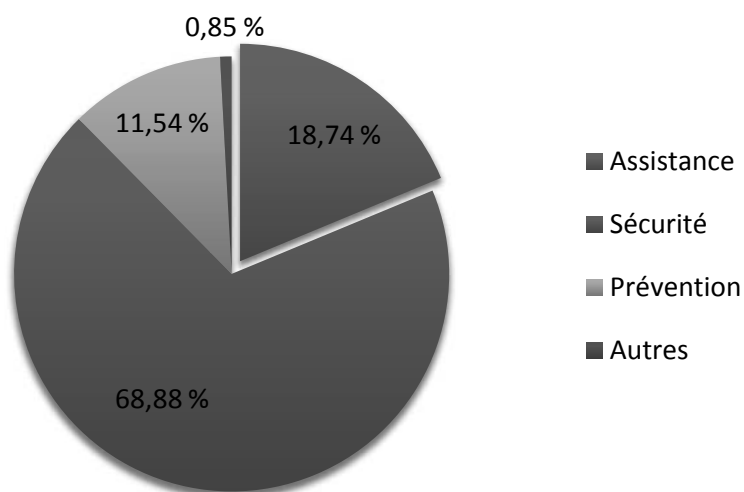
<sup>2</sup> Détection : 1% des procès-verbaux est lié aux drogues et 1,41% à l'alcool  
Détermination de la peine : 2,99% des condamnations sont liées aux drogues et 15,42% à l'alcool

consommation d'alcool entraîne des dépenses publiques élevées pour l'assistance et pour le régime pénal, plus précisément au niveau de la détection et de la détermination de la peine.

#### 4.2.2. TABAC

Les dépenses liées au tabac sont toujours calculées séparément dans l'étude, de sorte que la répartition entre les piliers peut être reproduite spécifiquement pour le tabac. En 2008, les autorités ont dépensé 11.517.110 euros à la politique tabac et les plus grandes dépenses publiques vont à la sécurité, puis à l'assistance et à la prévention. Le pilier de l'assistance ne comprend pas les dépenses pour le traitement du cancer du poumon, étant donné que celles-ci font partie d'une étude sur le coût social.

Illustration 2 : Visualisation des dépenses publiques liées au tabac par pilier (2008)



Dans les mesures futures, ce diagramme circulaire présentera une répartition modifiée, étant donné que le sevrage tabagique entraînera de plus grandes dépenses. Depuis 2009, tous les patients qui veulent arrêter de fumer peuvent solliciter une participation aux frais, de sorte que les dépenses pour l'assistance devraient augmenter d'environ 3.420.000 euros. De ce fait les rapports pourraient être modifiés comme suit en 2009 : prévention (8,90%), assistance (37,34%), sécurité (53,11%) et autres (0,65%). Suite à ces glissements, le pilier de la sécurité restera toujours le plus grand pilier, car les contrôles relatifs à l'interdiction de fumer dans l'horeca continueront de représenter un coût considérable.

#### 4.3. COMPARAISON 2004 VERSUS 2008

Dans cette comparaison nationale dans le temps, les dépenses publiques de l'année de référence 2008 sont placées face aux dépenses publiques dont on a dressé la carte dans la recherche précédente. La mesure de 2004 se limitait aux drogues illégales, de sorte que seule une comparaison pour ces substances est possible. On calcule quel serait le montant des dépenses publiques pour les piliers si l'alcool et les médicaments psychoactifs n'étaient pas repris. En outre, dans la présente étude, on utilise d'autres clés de répartition pour les piliers de l'assistance et de la sécurité qu'en 2004. Par conséquent, l'exercice a été réalisé en utilisant pour l'année 2008 des clés de répartition semblables à celles de 2004<sup>3</sup>. Ces résultats avec des clés de répartition semblables seront utilisés pour les analyses par pilier. Dans ce contexte, des chiffres corrigés dans le temps de l'année 2004 sont également présentés, car l'inflation doit être portée en compte pour cette comparaison dans le temps<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Cela a été appliqué pour le secteur de l'hospitalisation, les CSM, la police, le ministère public, les établissements pénitentiaires, ...

<sup>4</sup> Inflation portée en compte : l'indice général moyen de 2008 sur la base de 2004 est 111,32. Toutes les dépenses de 2004 sont majorées de l'inflation dans les tableaux 3 à 8.

Tableau 3 : Comparaison des dépenses publiques liées aux drogues illégales avec des clés de répartition semblables : 2004 versus 2008

	2004		2008	
<b>Prévention</b>	12.294.733	3,72 %	11.412.257	2,91 %
<b>Assistance</b>	130.909.594	39,58 %	133.557.858	34,05 %
<b>Réduction des risques</b>	min. 340.628 <sup>5</sup>	0,10 %	2.329.752	0,59 %
<b>Sécurité</b>	186.038.337	56,24 %	243.000.490	61,96 %
<b>Autres</b>	1.190.329	0,36 %	1.890.813	0,48 %
<b>Total</b>	<b>330.773.622</b>	<b>100 %</b>	<b>392.191.170</b>	<b>100 %</b>

### **Prévention**

En premier lieu, les dépenses publiques totales pour la prévention ont baissé de 7,18%. Cette baisse a principalement été enregistrée au niveau communautaire et au niveau régional (communauté française et CoCoF). Les subventions pour la ‘prévention des assuétudes’ de la Communauté française ont baissé de 10%<sup>6</sup>. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la baisse des dépenses se situe à la CoCoF. Elle est due à un changement sur le plan du contenu des activités, car en 2008, les 14 services subventionnés se sont davantage consacrés à l’assistance au lieu de la prévention<sup>7</sup>.

Tableau 4 : Comparaison des dépenses publiques pour la prévention des drogues illégales : 2004 versus 2008

	2004		2008	
<b>Niveau fédéral</b>	1.820.224	14,80 %	2.304.105	20,19 %
<b>Flandre</b>	3.333.784	27,12 %	3.060.618	26,82 %
<b>Wallonie</b>	3.773.711	30,69 %	3.212.533	28,15 %
<b>Région de Bruxelles-Capitale</b>	1.499.838	12,20 %	1.038.397	9,10 %
<b>Provinces</b>	596.859	4,85 %	740.347	6,49 %
<b>Villes et communes</b>	1.270.316	10,33 %	1.056.256	9,26 %
<b>Total</b>	<b>12.294.733</b>	<b>100 %</b>	<b>11.412.257</b>	<b>100 %</b>

### **Assistance**

On observe une légère augmentation pour le pilier de l’assistance. Une analyse des différents niveaux de pouvoir apporte plus de clarté à ce sujet. Au niveau fédéral, des changements sont constatés pour les institutions avec une convention INAMI, notamment une augmentation d’environ 37%. Deuxièmement, le nombre de jours d’hospitalisation a légèrement baissé en 2008 en comparaison avec 2004. L’augmentation des dépenses dans le secteur de l’hospitalisation s’explique par la hausse du prix de la journée d’hospitalisation. D’autre part, des baisses sont observées au SPP Intégration sociale (surveillance des toxicomanes) et au SPF Intérieur (Plans stratégiques de sécurité et de prévention).

<sup>5</sup> Les dépenses flamandes pour le ‘programme d’échange de seringues’ ne sont plus comptées sous la prévention, mais elles sont prises en compte comme montant minimum sous la réduction des risques.

<sup>6</sup> De plus, deux projets font partie du pilier prévention du tabac et réduction des risques, de sorte que la part de la prévention des drogues illégales, de l’alcool et des médicaments psychoactifs baisse encore davantage.

<sup>7</sup> Le budget général de la CoCoF pour les 14 services multidisciplinaires a augmenté, mais en 2004, 36,6% de ces dépenses étaient consacrées à la prévention, contre 27,3% aujourd’hui.

Tableau 5 : Comparaison des dépenses publiques pour l'assistance relative aux drogues illégales : 2004 versus 2008

	2004		2008	
<b>Niveau fédéral</b>	120.004.951	91,67 %	123.119.383	92,18 %
<b>Flandre</b>	5.312.146	4,06 %	4.615.193	3,46 %
<b>Wallonie</b>	2.189.531	1,67 %	1.604.195	1,20 %
<b>Région de Bruxelles-Capitale</b>	2.546.546	1,95 %	2.894.997	2,17 %
<b>Provinces</b>	303.558	0,23 %	430.745	0,32 %
<b>Villes et communes</b>	552.861	0,42 %	893.345	0,67 %
<b>Total</b>	<b>130.909.594</b>	<b>100 %</b>	<b>133.557.858</b>	<b>100 %</b>

En 2008, la Flandre et la Wallonie ont toutes deux dépensé moins pour l'assistance aux toxicomanes. La Région wallonne octroie moins de subventions aux SSM et aux centres d'assistance aux toxicomanes. Les autorités flamandes voient les dépenses liées aux drogues augmenter pour les CSM, les CAW (centres de bien-être social) et le téléaccueil<sup>8</sup>. Par contre, les dépenses pour De Sleutel diminuent.

Aux niveaux provincial et local, on observe une augmentation. Il s'agit d'une part d'un glissement méthodologique, étant donné que les dépenses de l'asbl Pisad ne sont plus entièrement attribuées au pilier de la prévention<sup>9</sup>. En outre, les grandes villes consacrent plus de moyens à l'assistance aux toxicomanes.

### **Réduction des risques**

En 2004, la réduction des risques n'était pas encore considérée comme un pilier distinct, mais elle faisait partie de la prévention et de l'assistance. Il n'est pas possible de découvrir quelle était exactement l'ampleur de la réduction des risques en 2004. Par contre, l'évolution des dépenses pour le programme d'échange de seringues peut bel et bien être étudiée. En 2004, les dépenses à cet égard s'élevaient à 305.990 euros, un montant qui passe à 461.203 euros en 2008. Tenant compte de l'inflation, il s'agit quand même d'une augmentation d'environ 120.000 euros.

### **Sécurité**

Tableau 6 : Comparaison des dépenses publiques pour la sécurité liée aux drogues illégales : 2004 versus 2008

	2004		2008	
<b>Détection</b>	152.318.468	81,87 %	168.989.940	69,54 %
<b>Poursuite</b>	3.832.648	2,06 %	6.799.870	2,80 %
<b>Détermination de la peine</b>	3.883.307	2,09 %	6.229.902	2,56 %
<b>Exécution de la peine</b>	21.836.579	11,74 %	57.430.379 <sup>10</sup>	23,63 %
<b>Echelon indéterminé pour la détermination de la peine</b>	4.167.335	2,24 %	3.550.399	1,46 %
<b>Total</b>	<b>186.038.337</b>	<b>100 %</b>	<b>243.000.490</b>	<b>100 %</b>

<sup>8</sup> Ces augmentations sont toujours dues à un budget majoré et à un nombre plus élevé d'activités 'drogues' (les clés de répartition ont par conséquent augmenté).

<sup>9</sup> Le fonctionnement de l'asbl Pisad n'a pas changé, ce glissement est uniquement de nature méthodologique.

<sup>10</sup> La méthode de 2004 n'a pas pu être appliquée pour les établissements pénitentiaires, étant donné que nous ne disposons pas de toutes les données. Tout comme dans DEC II, il a uniquement été tenu compte de l'estimation minimale.



Primo, on observe une augmentation des dépenses liées à la détection. Il s'agit de la conséquence de deux facteurs, notamment une augmentation des dépenses générales et du nombre de faits enregistrés. En 2008, on enregistre 20,64% de faits liés aux 'stupéfiants' en plus selon la Banque de données nationale générale. L'évolution de ces faits est analysée plus en détail : on examine plus spécifiquement si l'offre et la demande ont fait l'objet d'une attention accrue. Les chiffres démontrent que la mise en œuvre de la police pour toutes les infractions relatives aux drogues a augmenté ; les plus grandes augmentations ont toutefois trait aux infractions relatives à la 'fabrication' et à 'l'importation et l'exportation'.

Tableau 7<sup>11</sup> : Nombre de faits liés aux 'stupéfiants' à la police locale et fédérale : 2004 versus 2008

	2004		2008	
Possession	23.655	67%	26.651	66%
Vente	5.528	16%	5.846	14%
Fabrication	537	2%	827	2%
Importation et exportation	5.439	15%	7.345	18%
<b>Total</b>	<b>35.159</b>	<b>100%</b>	<b>40.669</b>	<b>100%</b>

Secundo, les dépenses au niveau de la poursuite et de la fixation des peines ont augmenté. La cause se situe à nouveau dans un budget en hausse et un nombre plus élevé de dossiers liés aux drogues au niveau du parquet et du tribunal. En comparaison avec 2004, l'afflux de dossiers liés aux drogues et au dopage au parquet a augmenté de 18,84%<sup>12</sup> et on enregistre 26,03%<sup>13</sup> de condamnations liées aux 'stupéfiants'.

Le quatrième échelon de la détermination de la peine, notamment l'exécution de la peine, présente également une augmentation. Cette évolution est essentiellement caractérisée pour les maisons de justice et les établissements pénitentiaires. Les maisons de justice présentent d'une part un accroissement du budget général, et d'autre part une augmentation de la clé de répartition due à une hausse du nombre de nouveaux mandats 'drogues' (de 2.988 nouveaux mandants 'drogues' à 5.119 mandats). On observe la même tendance pour les établissements pénitentiaires<sup>14</sup>: la population (min. et max.) d'infractions à la législation sur les drogues a augmenté et, en outre, le budget général a été relevé pour les établissements pénitentiaires.

### **Autres**

Les dépenses dans cette catégorie résiduelle n'ont pratiquement pas changé au niveau local. Par contre, les dépenses fédérales ont augmenté pour des raisons de méthodologie : une plus grande part des plans stratégiques de sécurité et de prévention sont considérés comme des transpiliers.

<sup>11</sup> Cela a été communiqué par écrit par la Police fédérale – Service central drogues le 27 janvier 2011.

Ce nombre de faits diffère des données d'enregistrement pour la clé de répartition à la police locale et fédérale. Il s'agit des chiffres provenant du service central drogues (et non de la BNG) et, dans ce contexte, il est uniquement tenu compte de l'infraction principale.

<sup>12</sup> L'afflux de dossiers 'drogues et dopage' est comparé, étant donné que la recherche précédente (Drogues en Chiffres II) portait cette part en compte pour la clé de répartition. En 2008, 40.843 affaires 'drogues et dopage' ont afflué au parquet, contre 34.369 affaires seulement en 2004.

<sup>13</sup> En 2008, 4.958 condamnations liées aux 'stupéfiants' ont été enregistrées, contre 3.934 condamnations seulement en 2004.

<sup>14</sup> Pour les établissements pénitentiaires, il n'a pas été possible d'appliquer exactement la même formule qu'en 2004, étant donné que nous ne disposons pas de la durée de détention réelle. Tout comme en 2004, seule l'estimation minimale est portée en compte.

Tableau 8 : Comparaison des dépenses publiques liées à d'autres drogues illégales : 2004 versus 2008

	2004	2008
<b>Niveau fédéral</b>	927.876	1.588.563
<b>Flandre</b>	-	38.250
<b>Villes et communes</b>	262.453	264.000
<b>Total</b>	<b>1.190.329</b>	<b>1.890.813</b>

#### 4.4. COMPARAISON AVEC DIFFERENTES ETUDES NATIONALES

La comparaison dans une perspective internationale peut uniquement être réalisée pour les drogues illégales, étant donné que les drogues légales ne sont pas reprises comme sujet de recherche dans les autres études nationales. Pour cette comparaison, il convient de calculer d'abord quelques indicateurs : la dépense par habitant et la part du Produit Intérieur Brut (PIB). En 2008, la Belgique comptait 10.666.866 habitants et le PIB s'élevait à 296.329.531 euros, ce qui signifie que les dépenses publiques liées aux drogues illégales s'élevaient à 27,78 euros par habitant ou à 0,09% du PIB.

Tableau 9 : Comparaison internationale sur la base des dépenses, de la part du PIB et de la dépense par habitant

Pays <sup>15</sup>	Année	Dépenses (en millions d'euros)	Part du PIB (%)	Dépense par habitant (euros)
<b>Pays-Bas (Rigter, 2006)</b>	2003	1721 <sup>16</sup>	0,36	106,07
<b>Allemagne (Mostardt, 2010)</b>	2006	5144 - 6024	0,22 - 0,26	62,45 - 73,13
<b>Suède (Ramstedt, 2006)</b>	2002	502 <sup>17</sup>	0,19	56,25
<b>Australie<sup>18</sup> (Moore, 2008)</b>	2002 – 2003	770	0,17	39,20
<b>Luxembourg (Origer, 2002 &amp; 2010<sup>19</sup>)</b>	1999	22 <sup>20</sup>	0,11	51,54
	2009	38 <sup>21</sup>	0,1	77
<b>Belgique</b>	2008	296	0,09	27,78
<b>France (Kopp &amp; Fenoglio, 2006)</b>	2003	907	0,06	15,04

<sup>15</sup> Une comparaison avec les études américaines n'est pas possible étant donné que les dépenses sont limitées au niveau fédéral (ONDCP, 2004) ou que la part des drogues illégales ne peut pas être découverte (CASA, 2009).

<sup>16</sup> Les dépenses initiales s'élevaient à 2185 millions d'euros, dont on a déduit les dépenses pour la criminalité liée aux drogues (462 millions d'euros) et pour les traitements de patients souffrant d'une maladie infectieuse suite à la consommation de drogues (2,8 millions d'euros).

<sup>17</sup> Les dépenses initiales s'élevaient à 737 millions d'euros, dont on a déduit les dépenses pour la criminalité liée aux drogues (235 millions d'euros).

<sup>18</sup> Seules les dépenses proactives ont été étudiées. Les dépenses publiques réactives de 1875 millions de dollars ne sont pas prises en compte.

<sup>19</sup> Une actualisation de l'étude d'Origer (2002) a été effectuée. Les informations à ce sujet proviennent du 'national drug report 2010' "Grand Duchy of Luxembourg" d'Origer (2010).

<sup>20</sup> Les dépenses initiales s'élevaient à 23 millions d'euros, dont on a déduit les dépenses pour les traitements contre le VIH/SIDA de patients souffrant d'une maladie infectieuse suite à la consommation de drogues (1,3 millions d'euros).

<sup>21</sup> Les dépenses publiques totales de 38 millions d'euros sont une surestimation étant donné que les dépenses exactes pour les traitements contre le VIH/SIDA de patients souffrant d'une maladie infectieuse suite à la consommation de drogues ne sont pas communiquées dans le rapport et qu'elles ne peuvent par conséquent pas être réduites.

Le tableau 9 montre que les dépenses publiques belges et françaises liées aux drogues sont largement inférieures aux dépenses publiques néerlandaises et allemandes. Une explication éventuelle à cet égard réside dans l'histoire de la politique des drogues. Les pays avec des dépenses publiques élevées ont notamment une histoire plus longue sur le plan de la politique des drogues. Ainsi, l'approche libérale et tolérante des Pays-Bas, par exemple, est née il y a longtemps suite au commerce légal de la cocaïne et de l'opium (Chatwin, 2003). L'Allemagne a aussi une longue histoire où, en comparaison avec d'autres pays, on a opté de façon plus prononcée pour la voie progressiste (Schroth, Helfer & Gonsiorek, 2011). La Suède a choisi dans les années '60 déjà une approche répressive (Lenke & Olsson, 1996). Par contre, la Belgique a lancé dans les années '90 le développement d'une politique des drogues et la note fédérale en matière de drogues n'a été rédigée qu'en 2001. Ces informations, en combinaison avec les résultats des études 'public expenditure', laissent supposer que le développement tardif de la politique belge en matière de drogues a ralenti les investissements financiers dans la politique des drogues.

Deuxièmement, on peut également effectuer une comparaison avec les études nationales en comparant les 'policy mixes'. Cette méthode peut uniquement être appliquée pour les études qui utilisent les mêmes systèmes de classification que Reuter (2004) : en Suède, aux Pays-Bas et en Australie. Dans ce contexte, les résultats sont présentés dans deux tableaux distincts étant donné que sur le plan méthodologique, les dépenses publiques belges ne sont pas comparables aux études de Rigter (2006) et de Moore (2008).

Tableau 10 : Comparaison internationale des piliers

Pays	Année	Prévention	Assistance	Réduction des risques	Sécurité	Autres
Suède <sup>22</sup> (Ramstedt, 2006)	2002	1,6 %	35,5 %	0,2 %	62,7 %	/
Belgique	2008	3,9 %	49,1 %	0,8 %	45,1 %	1,1 %

Tableau 11 : Comparaison internationale des piliers

Pays	Année	Prévention	Assistance	Réduction des risques	Sécurité	Autres
Pays-Bas <sup>23</sup> (Rigter, 2006)	2003	2,4 %	20,2 %	4,3 %	68,8 %	4,2 %
Australie (Moore, 2008)	2002 -2003	23 %	17 %	3 %	55 %	1 %

La comparaison entre les différentes études nationales est une tâche difficile. En premier lieu, les pays étudiés ont différents systèmes de sécurité sociale et de ce fait, de grands doutes naissent quant à la comparabilité des dépenses du secteur de l'hospitalisation. En Australie, en comparaison à son PIB, la part des dépenses sociales s'élève par exemple à 17% et en Belgique, cette part s'élève à 27,3% (année 2007)<sup>24</sup>. Deuxièmement, dans la présente étude, seules les dépenses 'ordinaires' pour l'année 2008 sont portées en compte. Il est possible que d'autres études aient aussi examiné les dépenses en investissements ou les dépenses 'extraordinaires'. Troisièmement, les études internationales présentent de grandes différences en ce qui concerne le concept

<sup>22</sup> Répartition initiale : 24% assistance, 75% sécurité, 1% prévention et 0,1% réduction des risques (Ramstedt, 2006).

<sup>23</sup> Répartition initiale : 13% assistance, 75% sécurité, 2% prévention et 10% réduction des risques (Rigter, 2006).

<sup>24</sup> OCDE : [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOEX\\_AGG](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOEX_AGG) [10/10/2011].

‘public expenditure’<sup>25</sup> ou la méthodologie. Les différences conceptuelles sont éliminées dans la mesure du possible dans les tableaux 9 – 11, mais des différences méthodologiques qui ne sont pas adaptables ne cessent de surgir. Ainsi, l’étude néerlandaise applique par exemple une part de 13% (la part des infractions à la Loi sur l’opium dans toutes les décisions des juges visant à imposer la détention) aux budgets de la police (Rigter, 2006). Si l’étude belge actuelle appliquait également une telle clé de répartition (15,29% pour l’année 2008), le ‘cocktail politique’ total de la Belgique deviendrait le suivant : 79,18% sécurité, 18,64% traitement, 1,46% prévention, 0,30% réduction des risques et 0,43% autres.

Les facteurs ci-dessus confirment qu’une comparaison avec différentes études nationales doit être analysée avec la prudence requise. Les chiffres de la Belgique et des autres pays étudiés diffèrent trop à l’heure actuelle pour tirer des conclusions claires. Les principales concordances apparaissent entre les études belge et suédoise. L’analyse de ces ‘cocktails politiques’ permet de conclure que l’approche répressive de la Suède a entraîné des dépenses supérieures liées à la sécurité. La politique belge en matière de drogues a trouvé un meilleur équilibre entre les piliers de l’assistance et de la sécurité.

---

<sup>25</sup> Dans *Drogues en Chiffres III*, on choisit par exemple de ne reprendre que les dépenses proactives. Les études néerlandaise et suédoise mesurent en outre également certaines dépenses réactives (par ex. les dépenses relatives à la criminalité liée aux drogues).

## 5. RECOMMANDATIONS POLITIQUES ET EN MATIÈRE DE RECHERCHE

### **1. Le manuel : l'outil par excellence pour une politique intégrée et intégrale dans le sens large du terme**

Il ressort de cette étude que les moyens pour la politique des drogues proviennent de diverses compétences et de différents domaines politiques. Cela reflète l'approche intégrale et intégrée de la politique belge en matière de drogues. Le phénomène de drogues est une donnée multidimensionnelle. Par conséquent, la politique des drogues doit influencer sur tous les aspects (santé, social, économie, sécurité et international) de ce phénomène. Les différents domaines de compétence impliqués dans l'approche du phénomène de drogues se situent tant aux niveaux fédéral, régional et communautaire, qu'aux niveaux provincial et local.

En d'autres termes, les flux de subventions de la politique des drogues sont répartis sur différents acteurs, ce qui exige une harmonisation au niveau budgétaire : une harmonisation verticale à travers les niveaux et une harmonisation horizontale à travers les domaines. Cette étude dresse la carte des évolutions des dépenses publiques liées aux drogues, et le manuel crée même la possibilité de l'exécuter régulièrement. Il en résulte un outil qui permet de contrôler les flux de subventions et de réagir plus vite aux évolutions (par ex. les économies à un niveau donné peuvent être équilibrées à d'autres niveaux). Cet objectif adhère étroitement à la mission de la Cellule générale de la Politique des Drogues et, dans cette optique, ladite Cellule est l'acteur indiqué pour encadrer l'exécution du manuel.

En vue de cette réalisation, des mesures régulières sur la base d'une méthodologie consistante sont indispensables. Le traitement des données dépend notamment en grande partie des systèmes d'enregistrement existants. Une clé de répartition plus précise peut être établie en fonction du type de données qui sont dégagées. De ce point de vue, il est important de procéder à l'évaluation du manuel en temps utile, afin de pouvoir suivre la méthode de travail la plus efficace.

La mesure sur la base du scénario ne révélera pas toutes les dépenses publiques. A cet effet, il convient de réaliser une mesure détaillée. Il est recommandé de répéter tous les quatre ans une recherche approfondie et de prévoir également une évaluation du manuel.

### **2. Des systèmes d'enregistrement affinés**

Les dépenses liées aux drogues légales sont mesurées pour la première fois dans cette troisième étude 'Drogues en Chiffres' et un grand nombre de clés de répartition ont été adaptées à cette fin. Certains systèmes d'enregistrement ne sont pas adaptés à la demande de données 'drogues légales' (par ex. maisons de justice et douane). Secundo, certains systèmes d'enregistrement ne peuvent pas générer de données relatives aux drogues illégales ou légales (par ex. maisons médicales ou SSM). La mise sur pied/l'adaptation de certains systèmes d'enregistrement, y compris les mécanismes de répartition pour l'allocation des frais communs, doivent être encouragées, plus particulièrement pour les SSM, la douane et les maisons de justice.

### **3. Investir dans un nouveau 'cocktail politique'**

Le budget en matière de drogues montre de quelle façon les dépenses publiques sont composées ou quel est le 'cocktail politique' des autorités. En premier lieu, il en ressort que le pilier de la prévention n'est responsable qu'à hauteur de 1,36% des dépenses publiques liées aux drogues, malgré l'idée généralement acceptée qu'une politique en matière de drogues doit mettre l'accent sur la prévention. Cela prouve que de grands investissements sont nécessaires dans le secteur de la prévention. Cette remarque vaut particulièrement pour les médicaments psychoactifs et l'alcool.

En premier lieu, il ressort de la recherche qu'aucun projet spécifique pour la prévention des médicaments psychoactifs n'a été financé en 2008. Deuxièmement, les résultats de la recherche démontrent que le traitement de la dépendance à l'alcool/de l'abus d'alcool entraîne un coût élevé. Sur le plan de la prévention, la

politique n’y est pas adaptée, seuls 1,62 % des dépenses pour les projets sont spécifiquement liées à l’alcool. Un plus grand investissement dans la prévention de l’alcool peut limiter l’écoulement vers l’assistance (et la sécurité), entraînant par conséquent une baisse de ces dépenses.

#### **4. La répartition des compétences**

Outre le ‘cocktail politique’, la répartition des compétences doit également faire l’objet d’une discussion. La répartition des compétences relatives à la politique des drogues est une matière difficile en raison de la complexité de la structure de l’Etat belge associée à la multidimensionnalité du phénomène de drogues (De Ruyver et al. 2009). Premièrement, cet élément complique la collecte de données pour chaque étude ‘public expenditure’ ou sur le coût social. Deuxièmement, ces différents niveaux de pouvoir sont responsables des objectifs politiques et de leur financement respectif. Le climat politique actuel offre la possibilité de procéder à une réforme en vue d’aboutir à une politique des drogues optimisée et plus homogène.

#### **5. Des flux de subventions transparents et structurels**

A certains niveaux, on ne constate pas assez de transparence dans les flux de subventions. Ainsi, des organisations bénéficient de subventions de différentes autorités ou des subventions leur sont octroyées par la même autorité via différents canaux/postes budgétaires/départements. Ainsi, ‘le comptoir’ obtient par exemple une subvention de la Région wallonne via le plan stratégique n° 3 sur la cohésion sociale, et il obtient en outre une autre subvention de la Région wallonne via ‘les relais sociaux’. En Flandre, on remarque entre autres que différents CAW reçoivent des subventions via l’enveloppe des autorités flamandes et à côté de cela des provinces, des communes, des fonds des villes, des CPAS, ... Ces limites de la transparence, qui ressortent également de la recherche scientifique dans d’autres domaines de l’administration publique (Christiaens & Rommel, 2008), sont en porte-à-faux avec les intentions du New Public Management (NPM), qui encourage justement la diffusion d’informations financières appropriées et transparentes. Comme dans de nombreux autres pays, les législateurs belges s’affairent depuis quelques décennies déjà à donner forme au NPM et à améliorer les rapports financiers des autorités, mais cela se déroule relativement lentement et pas toujours de façon optimale. Il est recommandé d’aboutir à des flux financiers univoques et d’harmoniser en profondeur les méthodes comptables selon lesquelles ces flux sont enregistrés et rapportés, afin que toutes les parties aient une vision claire du financement du secteur des drogues.

Deuxièmement, une grande part des dépenses liées à la prévention et à la réduction des risques dépend du financement de projets. De ce fait, certaines organisations se retrouvent dans des positions vulnérables et sont dépendantes de différentes autorités et de l’attribution ou non du financement de projet. Primo, on ne peut pas garantir une continuité de cette manière. Secundo, il en résulte un effet préjudiciable sur les performances, étant donné qu’on ne peut pas établir de planning sur le plan du contenu et financier. Tout comme dans les recommandations précédentes de Drogues en Chiffres I et II, la nécessité d’un soutien structurel pour une politique durable pour ces secteurs est à nouveau soulignée (De Ruyver et al., 2004, 2007).

Le financement de projet doit certes encore obtenir une place dans la politique des drogues. Une évaluation des effets intervient ici en guise de condition : un feed-back négatif signifie la cessation progressive ou la suppression du financement de projet et un feed-back positif permet d’envisager un financement structurel. Le travail evidence-based implique toutefois de supprimer le courage politique, ce qui ne semble pas efficace, ainsi que l’évaluation scientifique systématique des projets pilotes (Vander Laenen, Merlevede, Van Audenhove & Cappon, 2011).

#### **6. Recommandation pour la recherche ultérieure**

Premièrement, le fait de planifier et de suivre d’une façon plus intégrée le ‘cocktail politique’ et la répartition des compétences de la politique des drogues a déjà été abordé. Suit la suggestion d’étudier le flux d’informations des dépenses publiques réelles par opposition aux dépenses publiques projetées. Une telle

étude fournit des informations supplémentaires qui peuvent optimiser la conduite du ‘cocktail politique’ et de la répartition des compétences.

Deuxièmement, grâce au manuel, les autorités seront à même de mesurer annuellement les dépenses publiques liées aux drogues. Cela signifie aussi la libération d’une source d’informations, qui est à disposition des analyses économiques et qui peut avant tout être un composant important d’une étude sur le coût social. Les études sur le coût social sont une étape élémentaire des analyses de la politique des drogues et sont souvent utilisées au niveau international pour mesurer le coût de la consommation de drogues illégales, d’alcool et de tabac (Moore & Caulkins, 2006). Ce type d’étude propose davantage qu’une étude ‘public expenditure’, qui ne mesure qu’un seul élément du coût social de la problématique des drogues. En premier lieu, on mesure les dépenses privées, les soi-disant dépenses de particuliers ou d’organisations privées. Il s’agit ici par exemple de consommateurs de drogues qui paient personnellement (une partie ou le montant total) pour un traitement ou d’organisations privées qui ne bénéficient pas de subventions publiques. Deuxièmement, on reprend les dépenses externes. Celles-ci sont définies par Kopp & Palle (1998, p.7) comme le *‘total of expenditures that are borne indirectly by the community and caused by drug trafficking and drug use (Loss of productivity, absenteeism, premature death, reimbursement of expenditures of health care, expenditures of illness due to drug use such as aids and certain forms of hepatitis, vandalism, etc.)’* En appliquant cette définition, les dépenses pour le traitement du cancer du poumon, provoqué par le tabagisme, sont par exemple mesurées.

Une étude sur le coût social est recommandée car ce type de recherche précise quel est le coût économique et social que la toxicomanie implique. Elle se plonge dans le rapport entre les dépenses publiques et privées. Pour finir, une étude sur le coût social est un élément essentiel d’une recherche coût-efficacité et d’une analyse coûts-avantages. Elle peut indiquer quels sont les investissements indispensables et ce que ces investissements peuvent finalement rapporter, le soi-disant retour sur investissement (Lievens & Caulkins, 2010).

**ANNEXE 5****Références d'études proposées par Eurotox**

- 1) Andresen, M. A., & Boyd, N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy* (2009), doi:10.1016/j.drugpo.2009.03.004
- 2) Wood E, Kerr T, Montaner JS, Strathdee SA, Wodak A, Hankins CA, et al. Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer injecting facility. *Lancet Infect Dis* 2004;4:301-6.
- 3) Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE. Institut National de Santé Publique. Québec. 2009
- 4) Bello, P.-Y., Ben Lakhdar, C., Carrieri, M. P., Costes, J.-M., Couzigou, P., Dubois-Arber, F., Guichard, A., ... Simmat-Durand, L. (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, France : Inserm.

Et il est intéressant d'y ajouter, pour l'historique du statut des drogues (pourquoi et quand certaines sont devenues illégales et « diaboliques » – raisons souvent commerciales et presque géostratégiques, cf les guerres de l'opium) :

- 5) BEAUCHESNE L., Les drogues : les coûts cachés de la prohibition, Lanctôt, Québec, 2003.



ANNEXE 6



## Annexes

### **1.1** *Exemple de message d’alerte envoyé par Eurotox vers le réseau du système d’alerte précoce (Early Warning System – EWS)*

#### **DRUGS - EARLY WARNING SYSTEM - SYSTEME D’ALERTE PRECOCE**

L’information diffusée via le réseau EWS est en premier lieu destinée à tous les professionnels du secteur socio-sanitaire qui entrent en contact avec des usagers de drogues. Cette information est destinée à être diffusée auprès de leur public d’usagers de drogues mais n’est pas destinée à une diffusion dans les médias.

➤ **MDMA : comprimés contenant du pentobarbital**



L'Institut Scientifique de Santé Publique nous a informés de l'analyse de plusieurs comprimés et poudres vendues comme de l'"ecstasy", contenant du **pentobarbital** (pour les 4 échantillons détaillés ci-dessous) en plus de la **MDMA** (présente dans trois de ceux-ci). Ces comprimés ont été vendus dans la région de Bruxelles (et analysés le 13 mars 2012). Les échantillons avaient été remis à l'asbl Modus Vivendi par différents usagers, qui ont expliqué s'être sentis malades après avoir consommé plusieurs comprimés.

(1) MDMA + PENTOBARBITAL (comprimés)

Forme :	<b>rectangle</b>	PHOTO       NON
Couleur :	<b>vert</b> « <b>smiley</b> »	
Ligne de séparation :	oui	
Longueur :	7,6 mm	
Largeur :	6 mm	
Epaisseur moyenne au milieu:	5 mm	
Teneur moyenne en pentobarbital :	10,2%	
Teneur moyenne en MDMA :	22,6%	

(2) TFMPP {1-(3-trifluorométhylphényl)-piperazine} + PENTOBARBITAL (comprimés)

Forme :	<b>rond</b>	PHOTO       NON
Couleur :	<b>saumon</b> « <b>play</b> »	
Ligne de séparation :	non	
Diamètre moyen :	6 mm	
Epaisseur moyenne au milieu:	3 mm	
Teneur moyenne en pentobarbital :	_____	
Teneur moyenne en TFMPP :	_____	



(3) MDMA + PENTOBARBITAL (poudre)

Forme :	<b>poudre</b>	PHOTO
Couleur :	<b>blanc</b>	NON
	_____	
Ligne de séparation :	_____	
Diamètre moyen :	_____	
Epaisseur moyenne au milieu:	_____	
Teneur moyenne en pentobarbital :	28,2%	
Teneur moyenne en MDMA :	42,6%	

(4) MDMA + PENTOBARBITAL (cristaux)

Forme :	<b>cristaux</b>	PHOTO
Couleur :	<b>blanc</b>	NON
	_____	
Ligne de séparation :	_____	
Diamètre moyen :	_____	
Epaisseur moyenne au milieu:	_____	
Teneur moyenne en pentobarbital :	58,9%	
Teneur moyenne en MDMA :	38,7%	



## COMMENTAIRES

- **Le pentobarbital est un barbiturique à effet court. Les barbituriques ont des effets secondaires considérables, essentiellement un ralentissement du système nerveux central (exemple : baisse du rythme cardiaque)**
- **La MDMA est un dérivé d'amphétamines. Elle a notamment des effets stimulants.**
- **La prise conjointe d'un stimulant comme la MDMA et d'un dépresseur comme le pentobarbital risque donc de provoquer deux effets opposés : « stimulation » d'une part, « dépression » ou « ralentissement » (ex : baisse du rythme cardiaque) de l'autre. Ces deux effets étant opposés, ils risquent de se « masquer » (l'utilisateur peut avoir l'impression de ne « rien sentir » des effets attendus de l'ecstasy).**
- **Dès lors, l'utilisateur peut avoir tendance à re-consommer rapidement, ne sentant pas les effets habituels. Le risque de surdose est alors important, puisque les produits, bien que se masquant l'un l'autre, sont déjà bien présents et bien actifs dans le corps!**

**Si vous pouvez confirmer / infirmer ces informations**

**Veillez contacter Infor-Drogues (02 / 227.52.52.) ou par e-mail  
[miguel.rwubusisi@eurotox.org](mailto:miguel.rwubusisi@eurotox.org)**



#### CONSEILS DE REDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS:

1. Si vous achetez de l'XTC, ne le faites de préférence ni en rue ni en discothèque. Si malgré tout vous le faites, informez-vous auprès d'autres usagers sur les effets des pilules et la fiabilité du revendeur.
2. **Si vous avez acheté une pilule, commencez par une demi pilule et attendez +/- une heure pour en apprécier l'effet! De même si vous avez acheté une poudre ou des cristaux, n'en consommez qu'une faible quantité et attendez les effets.**
3. **Si après une autre heure, vous ne sentez toujours pas les effets attendus, faites preuve de la plus grande prudence. Il est possible en effet, dans le cas présent, que vous ayez absorbé des substances aux effets opposés : effets « stimulants » d'une part, « dépresseurs » ou « ralentisseurs » (exemple : ralentissement du rythme cardiaque) de l'autre! Ces effets peuvent se masquer l'un l'autre.**
4. **Dans ce cas précis, consommer à nouveau les mêmes pilules/poudres risque de faire grimper les quantités des deux types de substances à la fois. De plus, consommer par ailleurs davantage de stimulants (d'autres pilules d'ecstasy, par exemple) risquerait de provoquer une surdose de stimulants (exemple : coup de chaleur, coma); mais consommer par ailleurs davantage de « dépresseurs » (exemple : alcool, cannabis) pourrait provoquer cette fois une surdose de dépresseurs...Nous invitons donc encore une fois à la plus grande prudence.**
5. Pour éviter le coup de chaleur, buvez fréquemment de l'eau en petites quantités, rafraîchissez-vous (en prenant l'air, en vous aspergeant la nuque d'eau froide, etc.).
6. Entourez-vous de personnes de confiance, ne vous isolez pas.
7. Avant de sortir, fixez-vous une limite (durée de la sortie, nombre de pilule(s), ...). Cela vous permettra d'éviter l'usage abusif.
8. Mieux vaut réserver cette substance aux occasions spéciales. Une consommation fréquente diminue les effets psychédéliques d'ouverture et de bien-être et augmente les risques d'abus.
9. La "descente" fait partie de l'expérience psychotrope. La retarder en gobant davantage ne fait que la rendre plus difficile. La descente, après un temps de prise limité, peut être agréable.
10. L'usage d'ecstasy est déconseillé aux personnes souffrant de faiblesse cardiaque, d'hypertension, d'insuffisance rénale, d'insuffisance respiratoire ou de diabète.
11. L'ecstasy traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel. Il est donc fortement déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent.
12. Toutes les drogues, et donc l'ecstasy, entraînent une baisse de vigilance qui peut être à l'origine de relations sexuelles non-protégées et, parfois, non-désirées. Ayez toujours des préservatifs sur vous. Lorsque vous sortez avec un groupe d'amis, veillez les uns sur les autres.
13. Évitez toute activité exigeant de la concentration (conduite automobile, travail sur machines...)

#### ❖ Que faire en cas d'urgence?



- En cas de malaise suite à une prise de comprimés ou à un mélange:
  - Appelez d'urgence les secours: formez le n°100 ou le 112 (service médical d'urgence - appel gratuit).
  - Décrivez l'état de la personne comme suit: est-elle consciente ou inconsciente? Respire-t-elle ou non? Son cœur bat-il ou non?

**Si vous avez d'autres questions vous pouvez appeler Infor-Drogues au 02/227 52 52 (24h/24).**



**1.2 Exemple d'échange de messages via le « yahoo group » sur les tendances émergentes créé par Eurotox : Cocaïne free-base (« crack ») prêt à l'emploi.**

----- Original Message -----

**De :** [tendances\\_emergentes\\_alerte\\_precoce@yahoogroupes.fr](mailto:tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr)  
[mailto:[tendances\\_emergentes\\_alerte\\_precoce@yahoogroupes.fr](mailto:tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr)] **De la part de** rwubu2004  
**Envoyé :** mercredi 24 février 2010 15:25  
**À :** [tendances\\_emergentes\\_alerte\\_precoce@yahoogroupes.fr](mailto:tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr)  
**Objet :** [tendances\_emergentes\_alerte\_precoce] cocaïne "free base" (crack) prête à l'emploi

Bonjour.

Maurizio Ferrara, de l'organisation Infor-Drogues, nous communique l'information suivante:

"La semaine passée un fumeur de cocaïne "free base " (crack) m'a affirmé avoir acheté le produit déjà en cristaux prêt à être consommé! Jusqu'à présent nous n'avons jamais entendu parler de cocaïne vendue sous forme crack sans que le consommateur ne doive la préparer!

A voir si cette tendance se généralise..."

Pouvez-vous confirmer ou infirmer cette tendance?

Merci.

Bien cordialement à tous.

Miguel Rwubusisi.

Eurotox asbl.

Le 26 février 2010 10:22, Ingrid Glusmann, Coordinatrice CAL-Luxembourg  
<[coordination.libramont@cal-luxembourg.be](mailto:coordination.libramont@cal-luxembourg.be)> a écrit :

Pas entendu quoi que ce soit ici en province de lux

**From:** Miguel Rwubusisi

**To:** [tendances\\_emergentes\\_alerte\\_precoce@yahoogroupes.fr](mailto:tendances_emergentes_alerte_precoce@yahoogroupes.fr)

**Sent:** Monday, March 01, 2010 10:43 AM

**Subject:** Re: [tendances\_emergentes\_alerte\_precoce] cocaïne "free base" (crack) prête à l'emploi



Chers amis,

Voici des nouvelles de nos collaborateurs flamands au sujet du crack "prêt à l'emploi".

La « coordination des échanges de seringues » d'Anvers signale que cette pratique est répertoriée systématiquement (aux côtés d'autres items) par la voie de questionnaires distribués dans le cadre de l'échange de seringues depuis 2005. Ainsi, en 2005, 14,1% de 92 usagers par injection qui avaient rempli le questionnaire avaient acheté du crack prêt à l'emploi directement à un dealer. Cette proportion fut ensuite de 8,9% (de 101 UDI) en 2006 ; 5,74% (de 87 UDI) en 2007 ; 7,53% (de 193 UDI) en 2008 et enfin 5.5% ( de 109 UDI) en 2009.

Deux autres témoignages de professionnels indiquent que cette pratique semble se répandre, toujours dans la région d'Anvers. La qualité du produit semble pauvre, mais cette pratique permet d'acheter en quantités plus petites (quelques doses pour 10 ou 20 ).

N'hésitez pas à réagir.

Bien cordialement à vous.