Parlement francophone bruxellois (Commission communautaire française)



28 juin 2006

SESSION ORDINAIRE 2005-2006

Auditions dans le cadre de l'évaluation des décrets relatifs à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale et des services actifs en matière de toxicomanies adoptés le 12 avril 1995 (Moniteur belge des 20 septembre et 3 octobre 1995)

RAPPORT

fait au nom de la commission de la Santé

par Mmes Céline DELFORGE et Fatiha SAIDI

SOMMAIRE

1.	Exposé de M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement francophone bruxellois, ministre en charge de la Santé
2.	Discussion générale
3.	Exposé de Mme Sylvie Risopoulos, directrice de la cellule des Affaires sociales et de la Santé de l'administration de la Commission communautaire française
4.	Discussion générale
5.	Exposé du Dr Myriam De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale
6.	Discussion générale
7.	Exposé commun de M. Frédéric Willems, président de la Fédération des Services de Santé mentale bruxellois, et de M. Eric Messens, directeur de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale
8.	Discussion générale
9.	Exposé de Mme Lydwine Verhaegen, docteur en sociologie
10.	Exposé de Mme Stéphanie Martens, coordinatrice du réseau Bruxelles-Est
11.	Exposé du Docteur Axel Hoffman, président de la Fédération des Associations des Médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB)
12.	Exposé du Docteur Dominique Lamy, responsable régional Mons-Borinage pour le mouvement AlTo
13.	Discussion générale
14.	Exposé du Dr Zombek, président de la Fédération bruxelloise des Institutions pour toxicomanes
15.	Exposé de M. Pierre Schoemann, président de la FEIAT et directeur administratif du Projet Lama
16.	Discussion générale
17.	Exposé du Dr Michel Roland, chargé de recherches à la Fédération des Maisons médicales
18.	Discussion générale
19.	Exposé de M. Bruno Valkeneers, coordinateur, et de M. Christophe Marchand, administrateur de la Liaison antiprohibionniste
20.	Discussion générale
21.	Exposé de MM. Olivier Hofman et Didier Devleeschouwer du Conseil des Usagers des Drogues licites et illicites (CUDLI)
22.	Discussion générale
23.	Exposé de Mme Anne-Françoise Raedemaker, coordinatrice de l'Association « Dune »
24.	Discussion générale
25.	Exposé de M. Yves-Luc Conreur, co-fondateur de l'association « l'Autre « Lieu » »/RAPA
26.	Discussion générale
27.	Exposés de M. Philippe Van Muylder, président de la section « services ambulatoires » du Conseil consultatif francophone bruxellois de l'Aide aux personnes et de la Santé, et de M. Charles Lejeune, secrétaire général de la Fédération des Centres de service social
28.	Discussion générale
29.	Exposé de M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé
30.	Discussion générale
31.	Approbation du rapport
32.	Annexes

Membres présents : Mme Dominique Braeckman, M. Willy Decourty, Mme Magda De Galan (présidente), MM. Yves de Jonghe d'Ardoye d'Erp, André du Bus de Warnaffe, Paul Galand, Rachid Madrane, Mmes Isabelle Molenberg, Fatima Moussaoui, Olivia P'tito, M. Joseph Parmentier, Mmes Souad Razzouk, Jacqueline Rousseaux, Fatiha Saïdi.

Membre absent : M. Vincent De Wolf (excusé).

Ont également participé aux travaux : Mme la députée Céline Delforge, M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé

Mesdames, Messieurs,

La commission de la Santé, en ses réunions des 9 et 23 mars, 22 avril, 25 mai, 8 et 22 juin, 6 juillet, 17 octobre 2005 et 22 mars 2006, a procédé à des auditions dans le cadre de l'évaluation des décrets relatifs à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale et des services actifs en matière de toxicomanies.

Mmes Céline Delforge et Fatiha Saïdi sont désignées en qualité de rapporteuses.

La commission a procédé, à l'issue de chaque séance d'auditions, à une discussion générale.

1. Exposé de M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement francophone bruxellois, ministre en charge de la Santé

En sa réunion du 9 mars 2005, la commission a entendu l'exposé du président du gouvernement en charge de la Santé.

M. le président du gouvernement estime qu'il convient aujourd'hui d'évaluer les mesures législatives votées il y a dix ans par l'Assemblée de la Commission communautaire française et relatives aux services de santé mentale et de services actifs en matière de toxicomanies. Ces secteurs ont été régis par deux décrets votés à l'unanimité le 12 avril 1995.

Le secteur de la santé mentale a d'abord été régi par l'arrêté royal du 20 mars 1975. Vingt ans plus tard, il fallait bien constater que l'évolution de ces services avait été considérable depuis leur création.

L'arrêté de 1975 s'inscrivait dans le courant de l'antipsychiatrie et, parmi d'autres mesures législatives, les services de santé mentale répondaient à l'objectif d'en finir avec les asiles, ces structures énormes où l'on enfermait les malades pour se protéger d'eux.

Lors de la signature du protocole d'accord de la table ronde intersectorielle 1991-1993, il a été convenu avec les représentants des pouvoirs organisateurs des services de santé mentale qu'il fallait réformer profondément l'arrêté royal relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions à ces services.

Les objectifs du décret de 1995 s'inscrivent dans le fil de l'étude sur les « perspectives de la politique bruxelloise de la santé mentale » réalisée en 1990 par Mme Lydwine

Verhaegen, qui a analysé l'ensemble du champ de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale et en a dégagé une série de propositions.

Le texte s'inspirait aussi à l'époque d'une série d'autres travaux : l'arrêté royal du 20 mars 1975, l'arrêté de l'exécutif flamand du 12 octobre 1988, les conclusions du Forum de la Santé du 19 novembre 1991 consacré à la santé mentale, ainsi que les rapports du Conseil consultatif bruxellois de l'aide aux personnes et de la santé et ceux du groupe de travail issu de la table ronde intersectorielle.

Les objectifs annoncés par le législateur décrétal de l'époque étaient les suivants :

- Définir une programmation des services de santé mentale à l'échelon de la Région à partir de l'évaluation des besoins de la population afin de les rapprocher de celle-ci.
- Renforcer les collaborations sur un territoire déterminé. Il s'agissait de demander à ces services de jouer un véritable rôle de coordination tant avec les intervenants de première ligne que sont les médecins généralistes qu'avec les maisons médicales ou les centres d'aide aux toxicomanes. La volonté était de créer un partenariat entre les différentes institutions concernées par une politique de santé publique.
- Assurer la participation des services de santé mentale à l'identification des besoins de la population en leur demandant de récolter les données utiles à cet effet.
- Renforcer l'autonomie de gestion des services de santé mentale par un financement sous forme d'enveloppe fixée préalablement avec des garanties quant à la régularité dans la liquidation des avances.
- Evaluer régulièrement les services de santé mentale dans le cadre d'une programmation globale et d'un agrément pluriannuel de cinq ans. L'agrément est octroyé en fonction d'objectifs précis : une convention sera conclue avec chaque service et elle en précisera les missions. Le législateur prévoyait donc cet acte bilatéral dans lequel figurent les obligations des uns et des autres.
- Intégrer les nouveaux outils de la santé mentale en précisant la mission de la plate-forme de concertation et de la Ligue francophone de santé mentale en organisant la concertation avec les acteurs concernés dans le cadre du Conseil consultatif.

Le texte du décret de 1995, toujours en vigueur aujourd'hui, développe deux missions impératives. Les centres doivent être des services de santé publique ouverts à tous dans un territoire défini et assumer une action de prévention et de promotion en matière de santé mentale par des actions d'in**59** (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

formation et de sensibilisation. Par ailleurs, ils peuvent développer des projets spécifiques.

Le texte prévoit des conditions d'agrément qui touchent aux missions, à l'équipe, au fonctionnement des services. Il prévoit également une procédure d'agrément et la forme d'octroi des subventions.

Quant au décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies, la compétence « toxicomanies » fut transférée par la Communauté française, le 1^{er} janvier 1994, sur la base des accords de la Saint-Quentin et des décrets de juillet 1993.

Le 27 mai 1994, celle qui s'appelait encore à l'époque l'Assemblée de la Commission communautaire française, adopta une motion dont le point 8 demandait de garantir la sécurité de travail et de fonctionnement des centres et des associations spécialisés, entre autres par des agréments pluriannuels.

C'est pour répondre à cette demande que le décret a été conçu.

Outre cet objectif, les lignes directrices en sont les suivantes :

 Assurer une évaluation régulière des services à partir d'une convention individuelle (art. 45).

L'intention à l'époque était une analyse annuelle au cours de laquelle un certain nombre d'obligations de résultats qui avaient été prévues conventionnellement seraient vérifiées.

- Renforcer les collaborations avec les personnes et les institutions concernées par les toxicomanies en développant le travail en réseaux.
- Assurer la participation des services à l'identification des besoins de la population en leur demandant les données utiles à cet effet.

Le décret prévoit que tout service qui remplit au moins une mission générale de santé publique en matière de toxicomanies soit agréé. Pour ce faire, il doit satisfaire aux conditions et procédures d'agrément prévues.

Les missions générales portent sur l'accompagnement, les soins et la prévention en matière de toxicomanies. Il est également prévu que les services puissent remplir une ou des missions particulières à savoir la réinsertion, la liaison, ou la formation.

Les modalités d'enregistrement sont précisées ainsi que la notion d'équipes minimales et le fonctionnement de ces équipes. Enfin, le texte précise les procédures d'agrément ainsi que les modalités d'octroi des subventions.

Le président du gouvernement en vient maintenant au travail proprement dit, à savoir l'évaluation des textes.

L'évaluation est un terme qui peut paraître vague. Le président du gouvernement souhaite le préciser avec les membres de la commission. Il les invite à s'interroger sur le degré de réalisation des objectifs du législateur tels qu'énoncés ci-dessus.

En effet, s'ils ont été atteints, il faudra se poser la question de leur pertinence actuelle.

S'ils n'ont pas été atteints, la question de la pertinence est également essentielle mais il conviendra également de réfléchir aux moyens à utiliser pour atteindre le but recherché.

A propos du secteur de la santé mentale, il semble que les objectifs étaient pertinents mais la mise en oeuvre de certains d'entre eux peu efficiente.

En matière de toxicomanies, le président du gouvernement prévoit la nécessité de préciser les missions de ces services.

Le président du gouvernement associe pleinement le Parlement à la réflexion gouvernementale sur ces dossiers. Dès lors, il propose, en guise de méthode de travail, d'entendre durant les prochaines séances de la commission de la Santé les personnes concernées par ces textes. Il s'agit d'une part de l'administration, en ce compris les inspecteurs, et d'autre part les représentants du secteur concerné.

Dans un deuxième temps, il propose de rencontrer des experts, capables de baliser le champ de la santé mentale d'une part, et de la toxicomanie de l'autre. Il pense à la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale et à la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (FEDITO).

Enfin, il serait utile, selon lui, de rencontrer des acteurs représentant plus globalement le secteur associatif, par exemple la section « ambulatoire » du Conseil consultatif francophone bruxellois.

De manière plus concrète, il s'agirait d'inviter ces interlocuteurs à présenter leur vision de la situation actuelle des services agréés ainsi que du texte décrétal.

Ces auditions déboucheront ensuite sur un travail législatif et exécutif permettant d'actualiser, s'il échet, les législations régissant aujourd'hui ces deux secteurs.

2. Discussion générale

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) remercie le président du gouvernement pour la méthode de travail qu'il propose, méthode de travail qui s'ouvre largement sur le passé mais plus encore sur le futur.

Sur la base des objectifs qui sous-tendaient les décrets de 1995, M. du Bus de Warnaffe pense qu'il serait intéressant, notamment en auditionnant les experts, de pouvoir mieux comprendre quel a été l'ampleur de l'impact de l'application de ces décrets dans les champs de la santé mentale et de la toxicomanie. Sur le plan méthodologique, il s'agit d'identifier les effets auxquels on n'avait pas pensé au départ mais qui se sont avérés bien réels par la suite. L'essentiel est donc de ne pas s'enfermer dans une analyse qui tiendrait compte des objectifs initiaux mais plutôt de comprendre tous les effets non attendus mais cependant bien réels.

L'actualisation du concept même de santé mentale, poursuit M. du Bus de Warnaffe, devrait pouvoir être réalisée à partir de l'écoute des experts. Si, par exemple, on veut aborder la problématique de la dépression, il faut savoir que la dépression touche actuellement différentes populations dont notamment le monde du travail. Ne faudrait-il pas, demande M. du Bus de Warnaffe, entendre ces gens ? Car, on sait très bien que le lien entre l'absentéisme, la dépression et la charge psychosociale est bien réel, ce qui suppose que l'on doive élargir le débat en commission.

M. du Bus de Warnaffe termine son intervention en souhaitant que la commission veuille bien inviter à ses auditions Mme Lydwine Verhaegen, auteure de l'étude citée par le président du gouvernement parce qu'elle reste une actrice importante en santé mentale même quinze ans après la publication de son étude.

Mme Magda De Galan, présidente, souhaite qu'à la fin de la discussion générale, la commission détermine qui elle auditionne de sorte que le président du gouvernement puisse disposer des ressources d'information nécessaires à la rédaction de son projet de décret.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) associe son intervention aux propos de M. du Bus de Warnaffe et se réjouit de la méthode de travail retenue où le gouvernement ne vient pas avec un projet à prendre ou à casser mais un projet qui serait le fruit d'une concertation entre le législatif et l'exécutif lequel y associe son administration.

En termes d'objectifs des services de santé mentale et plus spécialement en ce qui concerne l'identification des besoins, Mme Braeckman souhaite que le président du gouvernement explique comment les données récoltées étaient utilisées. Quel est le rôle de l'Observatoire de la santé et du social en cette matière ? Elle demande que l'on invite aux auditions les représentants de l'Observatoire de la santé et du social.

Mme Braeckman suggère que la commission s'enquière aussi de ce qui se fait au niveau de l'Etat fédéral. A son sens, la situation en matière de toxicomanies mérite d'être clarifiée. Elle estime que la commission devrait pouvoir servir de relais de telle sorte que l'on fasse connaître au fédéral la réflexion tenue au Parlement francophone bruxellois. Cette réflexion devrait dépasser d'ailleurs la seule Commission communautaire française et aller jusqu'au niveau bicommunautaire car les Bruxellois ont besoin d'un programme de santé publique pour la Région et ce, dans toutes ses composantes.

Mme Braeckman indique aussi l'intérêt majeur de se fonder sur le travail exécuté lors des Assises de l'ambulatoire. Elle souhaite que la partie du rapport des Assises qui concerne le cadre des travaux actuels de la commission soit jointe au rapport et mise dès maintenant à la disposition des commissaires.

M. Paul Galand (Ecolo) estime qu'il serait judicieux de mettre à la disposition des commissaires un tableau synoptique qui permette de situer tous les niveaux de compétences. Dans le même ordre d'idées, il lui paraît aussi intéressant de comparer les législations wallonne et francophone bruxelloise et ce, afin d'éviter des distorsions trop importantes.

M. Galand pense que ce travail, que réaliserait le secrétariat de la commission, pourrait d'ailleurs servir le ministre dans le cadre de la Conférence interministérielle de la santé afin de défendre un large consensus au niveau bruxellois, à savoir la défense de l'approche ambulatoire, d'une part, et sociétale, d'autre part.

En ce qui concerne l'évaluation, M. Galand souligne qu'elle doit porter sur les besoins de la population. En ce sens, il rappelle l'intérêt de ce que peut apporter l'Observatoire de la santé. A ce propos, il appelle de ses vœux une plus grande cohérence, une collaboration plus étroite entre les secteurs monocommunautaire et bicommunautaire.

M. Galand souligne également l'importance à donner à la place de la francophonie dans le secteur santé tant à la Commission communautaire française qu'à la Communauté française car, par rapport à la dimension internationale de la toxicomanie, il convient de se chercher des alliés. Donc, selon M. Galand, le travail que vont entreprendre le gouvernement et la commission de la Santé, sur la base de cette évaluation, doit également pouvoir être mis en discussion au niveau des rencontres de la francophonie.

M. Willy Decourty (PS) se demande s'il ne serait pas utile de prévoir un canevas d'intervention à remettre aux personnes à auditionner afin de faciliter la « canalisation » du débat.

Mme Magda De Galan, présidente, pense qu'il faut y réfléchir et éventuellement ajouter ce « canevas » en annexe à la lettre d'invitation des personnes à entendre. **59** (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

Mme Céline Delforge (Ecolo), rapporteuse, propose l'idée, en ce qui concerne les auditions sur les toxicomanies, d'écouter des usagers, trop souvent absents de ces débats.

Mme Magda De Galan, présidente, précise que la Communauté française l'a déjà fait notamment dans l'élaboration du programme « AlTo ».

Mme Souad Razzouk (MR) confirme l'intérêt primordial, souligné par d'autres intervenants, que revêtent les Assises de l'ambulatoire car une des premières thématiques qui y a été mise en exergue, porte sur la prise en considération des évaluations. En outre, à propos du décret de 1995, elle insiste pour que l'on n'oublie pas le suivi qui a été fait par rapport aux différents textes dont les accords du non-marchand.

Par rapport à l'idée d'entendre des toxicomanes, Mme Razzouk cite l'association « Similis ».

Enfin, Mme Razzouk indique que pour être complète l'évaluation projetée ne peut se passer, bien sûr, d'une réévaluation des moyens budgétaires.

Mme Magda De Galan, présidente, attire l'attention des commissaires et du président du gouvernement sur les impératifs d'agenda. Dans l'hypothèse de fixer la fin des travaux relatifs à cette évaluation à la fin juin, il ne reste que six dates possibles sauf à se réunir aussi certains vendredis. Elle se demande si cette perspective est réalisable.

M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement francophone bruxellois, précise que l'on ne se penchera que sur un décret à la fois. Et trois réunions par décret lui semblent fort peu.

Mme Magda De Galan, présidente, reconnaît que la proposition de M. Decourty de fixer un canevas pour les personnes à entendre est une très bonne idée. S'il le faut, Mme la présidente estime que l'on peut réunir la commission à une heure moins tardive et déborder éventuellement sur le temps de midi.

M. Paul Galand (Ecolo) pense qu'il ne faudrait pas aller au-delà de six réunions, ce qui suppose chaque fois de bien cibler le sujet.

Il s'interroge, par ailleurs, sur l'opportunité d'avoir adopté deux décrets distincts en isolant la problématique des assuétudes du domaine plus global de la santé mentale.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) demande que soit précisée la méthodologie à suivre. Que se passera-t-il après les auditions ? La commission rédigera sans doute un texte qui définit l'évaluation des décrets et celle des nouveaux besoins. Dès lors, si la commission s'accorde sur un texte qui fait le point sur le passé et ensuite sur un texte sur les besoins

actuels, combien de temps cela prendra-t-il, interroge M. du Bus de Warnaffe. Cela pourrait même, selon lui, nécessiter de nouvelles auditions.

Mme Magda De Galan, présidente, admet que le nombre de personnes qui connaissent bien la santé mentale et les toxicomanies est effectivement élevé. Mais les auditions vont immanquablement susciter des questions et dégager des pistes auxquelles personne ne pense actuellement. Dans cet ordre d'idées, elle propose de commencer les auditions par celle des fonctionnaires de la Commission communautaire française, le 23 mars prochain. Et pour les autres invités, il faudra donc prévoir le canevas proposé par M. Decourty.

Elle demande aussi aux commissaires ainsi qu'au président du gouvernement francophone bruxellois de penser dès à présent à lui remettre les noms des personnes-ressources.

M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement francophone bruxellois, remercie les commissaires pour leur consensus quant à la méthode proposée et pour leurs propositions constructives. Il leur demande de ne pas dépasser le cadre chronologique prévu, à savoir terminer ces travaux avant les vacances parlementaires afin de lui permettre de présenter des projets de décrets dès la rentrée parlementaire de septembre-octobre.

En réponse aux questions posées par M. du Bus de Warnaffe, M. le président du gouvernement partage son point de vue sur l'actualisation du concept de santé mentale, sur l'impact pas toujours prévisible de l'application des décrets.

En ce qui concerne la nécessaire identification des besoins développés par Mme Braeckman et M. Galand, M. le président du gouvernement estime lui aussi bien utile de convier à cette réflexion l'Observatoire de la santé, même si ce service relève de la Commission communautaire commune.

Comme le suggéraient Mmes Delforge et Razzouk, le président du gouvernement estime que donner la parole à des personnes toxicomanes ne manquerait pas d'intérêt. Il adhère également à l'idée d'un canevas proposé par M. Decourty.

Mme Magda De Galan, présidente, pense que, lors de l'audition du 23 mars réservée à l'administration, il conviendrait d'aborder les deux volets, santé mentale et toxicomanies. Par ailleurs, si des « usagers » souhaitent s'exprimer à huis clos, cela ne pose pas problème.

Mme la présidente invite tant les commissaires que le président du gouvernement francophone bruxellois et son cabinet à transmettre au secrétariat de la commission les noms des personnes-ressources susceptibles d'être entendues.

Mme la présidente propose de se réunir le 23 mars dès 9 h 30 et de consacrer la première demi-heure au tri des propositions de personnes-ressources.

M. Paul Galand (Ecolo) propose de réserver les premières auditions aux représentants des associations concernées par l'application des deux décrets.

Mme Magda De Galan, présidente, énumère les dates des six réunions à retenir.

A cet égard, Mme Fatiha Saïdi (PS) fait remarquer que celle prévue le 20 avril coïncide avec l'organisation d'une journée SIDA par le Parlement fédéral.

M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement francophone bruxellois, propose de reporter la réunion du 20 avril au vendredi 22 avril quitte à la tenir pendant l'interruption du midi.

Mme Magda De Galan, présidente, n'y voit pas d'objection et envisage d'interroger le Bureau élargi à cet effet. Si le Parlement francophone bruxellois ne devait pas se réunir en séance plénière, cette éventualité pourrait être mise à profit pour réunir la commission de la Santé dès la matinée.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) demande si l'invitation adressée aux personnes à entendre comprendra déjà des questions spécifiques ou des hypothèses de travail. A cela, il ajoute la question de savoir s'il faut fusionner les volets santé mentale et toxicomanies, comme le suggérait M. Galand pour certaines organisations.

Mme Magda De Galan, présidente, précise qu'un premier courrier sera envoyé sans délai aux fonctionnaires retenus pour l'audition du 23 mars. Pour la suite, elle propose que les commissaires se penchent sur la rédaction d'un canevas destiné à guider des personnes-ressources dans leur exposé.

M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement francophone bruxellois, s'engage, si la commission le souhaite, à proposer ce type de canevas qui serait examiné le 23 mars.

Mme Magda de Galan, présidente, remercie le ministre pour son intervention.

3. Exposé de Mme Sylvie Risopoulos, directrice de la cellule des Affaires sociales et de la Santé de l'administration de la Commission communautaire française

En sa réunion du 23 mars 2005, la commission a entendu l'exposé de Mme Risopoulos, directrice de la cellule des Affaires sociales et de la Santé de l'administration de la Commission communautaire française en charge de la Santé.

Mme Sylvie Risopoulos précise que son exposé ne portera pas sur une évaluation de la politique de la Commission communautaire française dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie. L'évaluation doit permettre d'apprécier si la politique de la Commission communautaire française, dans le cadre des deux domaines précités, est cohérente dans sa conception et sa mise en œuvre, efficace par rapport aux objectifs fixés, efficiente, effective et pertinente. Evaluer une politique, c'est rechercher notamment si les moyens juridiques, administratifs et budgétaires mis en oeuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés, c'est aussi émettre un jugement de valeur et argumenter sur la réussite ou le bien-fondé de cette politique. L'évaluation doit être réalisée par un prestataire extérieur, indépendant et compétent dans le cadre d'une démarche associant des représentants de l'administration et des secteurs et permettant une confrontation permanente des points de vue selon des critères préalablement définis.

L'exposé porte sur une présentation et un historique des deux décrets.

1. La santé mentale

Quand il est question de santé du cœur ou de santé du dos, la plupart d'entre nous savons de quoi il s'agit. Mais le monde de la santé mentale et des maladies mentales reste plus voilé. C'est un univers complexe qui ne fait surface que lorsqu'on lit les statistiques sur le suicide dans les journaux ou lorsqu'on croise dans la rue un sans-abri qui semble profondément perturbé. Mais la santé mentale prend de plus en plus de place dans nos vies. Collègues au travail victimes du stress, parents ou amis en dépression, tentatives de suicides dans la famille : qui n'a jamais eu l'occasion de regarder pour soi ou pour d'autres, les problèmes de santé mentale en face ?

Parler de santé mentale, c'est le plus souvent entendre pathologie, maladie mentale, psychiatrie. C'est une conception très réductrice. A côté des maladies mentales proprement dites vis-à-vis desquelles la psychiatrie moderne et la psychologie et toute sa variété d'approches thérapeutiques s'efforcent d'éviter chronicisation et désinsertion, la santé mentale s'intéresse à toutes les difficultés et souffrances liées aux rythmes de vie, au vieillissement, à la solitude, à l'échec scolaire, au chômage, aux quartiers dévalorisés, aux nouvelles pauvretés.

La santé mentale, c'est la capacité d'utiliser ses fonctions mentales de façon efficace. Il en résulte des activités productives, des relations gratifiantes avec autrui et la capacité de s'adapter au changement et de faire face à l'adversité. La santé mentale est donc indispensable au bien-être personnel, aux relations familiales et interpersonnelles et à notre capacité de nous engager dans la vie communautaire.

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

Cette source de la pensée, de la communication, de l'apprentissage, de la croissance émotionnelle, de l'estime de soi et de la résilience (capacité à trouver des ressources en soi ou dans la collectivité pour dépasser l'adversité dans sa vie) demeure quasi invisible à nos propres yeux, tant que nous n'avons pas à faire face à des problèmes.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chacun. Elle dépend de facteurs multiples et interdépendants, comme les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Elle est difficile à cerner, ce qui rend complexe la mise en œuvre des politiques en santé mentale. Elle n'en est pas moins fondamentale, ce qui exige d'aller de l'avant pour la protéger et pour créer un maximum de conditions favorables à son développement.

Promouvoir la santé mentale sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale ne passe pas seulement par le financement de services de santé mentale mais également par le développement de conditions favorables à la santé mentale : accès à une éducation de qualité, à un environnement sain, à une distribution équitable de la richesse, à de meilleures conditions de logement, à un emploi,... L'augmentation des crédits ou leur réorientation dans les politiques notamment de l'emploi, de la formation, du logement doit permettre à terme d'améliorer les conditions de vie et de mieux-être de la population bruxelloise. Se préoccuper de santé mentale, c'est s'intéresser au collectif, à l'environnement santé, cela s'intègre dans une dynamique de santé publique où les « Psy » ne sont plus les seuls acteurs.

Cependant, l'image de la santé mentale demeure encore négative auprès de la population malgré l'effort réalisé à l'occasion des forums de la Santé mentale organisés par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, afin d'améliorer la compréhension des problèmes de santé mentale auprès de la population. Celle-ci cristallise encore beaucoup de passions et de peurs car elle est au carrefour des angoisses du citoyen.

Avant 1975, la situation sanitaire était caractérisée par le quasi monopole du secteur hospitalier. Les éléments non hospitaliers du système de santé mentale étaient clairsemés et isolés. L'image de la psychiatrie dans la population était encore dominée par l'évocation de la folie.

Avec la réforme opérée par l'arrêté royal du 20 mars 1975, relatif aux services de santé mentale, la volonté des responsables de la santé et du législateur a été d'humaniser, d'ouvrir et de réformer l'hôpital, de l'intérieur et de l'extérieur, en créant un réseau ambulatoire, en promouvant une psychiatrie non plus centrée sur les symptômes et l'exclusion mais sur la compréhension de la nature complexe des phénomènes, sur l'approche pragmatique des facteurs pathogènes, sur la réponse pluridisciplinaire et la nécessité de maintenir et de

rechercher l'intégration dans la communauté. De strictement médicale, l'approche se faisait pluridisciplinaire. Aux moyens thérapeutiques, elle voulait ajouter les modalités de prévention et de renforcement des capacités de réponses à tous les niveaux d'apparition des problèmes, par la formation des intermédiaires notamment. L'arrêté royal du 20 mars 1975 a abrogé les dispositions prises en 1953 et en 1963 et les services de santé mentale ont remplacé les anciens dispensaires d'hygiène mentale.

Depuis 1975, les services ont évolué et le paysage de la santé mentale peut se caractériser notamment par l'existence avérée d'un réseau de soins ambulatoires autonome de l'hôpital et ayant sa logique propre, par l'affirmation d'une culture propre à l'ambulatoire fondée sur un idéal qui reconnaît la personne dans sa globalité, le statut du sujet, la complexité des problèmes, la nécessité des interactions entre disciplines et services, par l'ancrage et l'immersion dans la communauté locale.

Complémentairement à la première table ronde intersectorielle de 1991, les Ministres Thys et Chabert confiaient à Mme Lydwine Verhaegen une étude sur les perspectives de la politique bruxelloise de la santé mentale. Dans cette étude, l'auteure plaidait pour une adaptation de la réglementation à l'évolution des services de santé mentale. Elle émettait une série de recommandations et notamment une programmation des services à l'échelon de la Région, le maintien de la notion de territoire, une meilleure définition des projets des services de santé mentale, une autonomie plus grande des services sur le plan de la gestion du personnel, le travail en réseau,...

L'Assemblée de la Commission communautaire française a voté à l'unanimité, en 1995, un décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale. Ce décret régit encore aujourd'hui le travail des services.

Lors de la réunion de la commission santé du 9 mars 2005, M. Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé, a présenté les six objectifs assignés au décret. Mme Risopoulos déclare donc qu'elle ne reviendra pas sur ce point mais qu'elle interviendra néanmoins sur les éléments fondateurs dudit décret.

La principale caractéristique du décret de 1995, est de reconnaître le concept de service de santé publique pour les services de santé mentale. Ceux-ci garantissent un accès à tous et ne réservent donc pas leurs activités à certaines catégories de la population ou à certains types de pathologies.

Ce label de service de santé publique impose notamment aux services de santé mentale de favoriser l'accessibilité financière pour les consultants pouvant aller jusqu'à la gratuité en cas de nécessité, d'aider l'usager dans ses démarches à faire valoir son droit à la santé, de réaliser des missions générales, de développer des missions facultatives liées aux projets spécifiques, d'être un service de proximité qui offre à l'usager des services dans les lieux où il vit, de respecter le libre choix du service par le consultant et ses convictions idéologiques, philosophiques et religieuses, d'organiser une permanence d'accueil minimale et l'accès à l'information par l'utilisateur, à tout moment, sur les possibilités de prise en charge, de veiller à permettre un accès aisé à tous les consultants et à la population du territoire desservi, de travailler en partenariat.

Les services de santé mentale ont pour missions générales obligatoires d'assurer un accueil, une évaluation de la demande, une réponse et une orientation adéquate s'il échet. En outre, ils doivent poser un diagnostic qui tient compte des aspects psychologique, psychiatrique et social du consultant et assurer un traitement. Ils visent à maintenir ou à restaurer les capacités du patient afin qu'il puisse les utiliser de façon optimale quel que soit son milieu de vie. Plusieurs types d'interventions sont possibles pour améliorer le bien-être du patient : psychiatrique, psychothérapeutique et social. Le traitement du consultant s'effectue en collaboration avec toutes les personnes ou institutions concernées, un suivi peut être également assuré notamment à domicile.

La prévention est également obligatoire qui peut consister notamment dans l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale de la population et des travailleurs du réseau socio-sanitaire. Des interventions particulières de prévention envers des groupes cibles peuvent être également organisées comme, par exemple, les lieux de rencontre parents/enfants (les maisons Dolto).

A côté des missions générales et obligatoires, les services de santé mentale développent des missions facultatives. Elles correspondent à des projets spécifiques qui sont définis à partir des besoins de la population et des particularités du territoire desservi par le service. Ces projets s'adressent notamment aux personnes qui souffrent d'isolement social comme les personnes âgées, les enfants qui présentent des troubles de l'apprentissage, les personnes qui ne peuvent exercer leur potentiel à cause de la précarité de leur statut social, économique, éducationnel et culturel. Ces projets permettent également la promotion de nouvelles pratiques comme la santé mentale communautaire.

Trois constats ont amené le développement de l'approche communautaire en santé mentale. L'approche clinique individuelle ou familiale a ses limites face à des problématiques étroitement liées aux conditions sociales, culturelles, économiques des populations. La santé mentale devient de plus en plus « l'affaire des spécialistes » et les personnes ne se sentent plus compétentes et responsables de leur santé mentale et de celles de leurs concitoyens. L'évolution dans les demandes adressées aux services de santé mentale fait apparaître de nouvelles demandes liées à des questions existentielles par rapport auxquelles des réponses psychothérapeu-

tiques ne sont pas les seules possibles et pertinentes. La santé mentale communautaire ne se situe pas dans le champ thérapeutique du soin, mais vise à renforcer le tissu social d'un quartier, d'une commune, à aider les personnes et les collectivités à se réapproprier leur santé mentale, leur histoire en tenant compte du contexte social et culturel dans lequel cette histoire s'inscrit (¹).

La réalisation des missions générales et facultatives s'effectue dans un secteur géographique déterminé : le territoire. Celui-ci correspond au territoire d'une commune ou bien est défini rue par rue et limité à un rayon de cinq kilomètres maximum autour du siège d'activités du service étant entendu que la population concernée doit être au minimum de 25.000 personnes et au maximum de 100.000 personnes. Une dérogation peut-être obtenue et le territoire peut être étendu pour les équipes enfants, par exemple.

Cette politique de proximité permet de favoriser le maintien dans le milieu de vie et la réinsertion sociale, de mieux cerner les besoins et la capacité des personnes et de favoriser l'émergence de synergie avec les autres acteurs du réseau socio-sanitaire. L'accent mis sur l'ancrage local ne peut être un obstacle à la liberté du consultant. Celui-ci a la possibilité de se rendre chez d'autres professionnels travaillant dans d'autres services de santé mentale. Ceux-ci peuvent donc travailler au bénéfice de personnes qui ne résident pas dans leur territoire et qui sollicitent leur intervention.

Le travail du service de santé mentale repose sur l'action d'une équipe pluridisciplinaire assurant des fonctions psychiatrique, psychologique, sociale et d'accueil-secrétariat. L'alliance de ces quatre fonctions s'avère indispensable pour le traitement, la réinsertion sociale et professionnelle, le bien-être de toute personne ou groupe aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ce travail est essentiel car il permet de mettre à contribution les compétences spécifiques de chaque discipline pour une action concertée visant la promotion de la santé mentale de la population et la confrontation des pratiques professionnelles.

L'équipe pluridisciplinaire comprend au minimum un psychiatre, un psychologue, un assistant social et un accueil-lant-secrétaire. L'esprit du décret permet d'intégrer d'autres intervenants aux compétences spécifiques : logopède, criminologue, psychomotricien, sociologue. Le service peut également comprendre une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des enfants et des adolescents. Dans ce cadre, des fonctions pédopsychiatrique, psychologique et

⁽¹⁾ Mme Risopoulos invite les personnes qui souhaitent obtenir des informations complémentaires sur cette approche, à lire le dernier numéro du périodique de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé mentale intitulé « Mental Idées ».

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

sociale sont assurées. Cette volonté du législateur de reconnaître pour certains services une équipe « enfants-adolescents » s'inscrit dans un contexte sociétal marqué par des situations d'isolement, de rupture sociale et d'éclatement de la cellule familiale qui peuvent altérer gravement la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Les services de santé mentale doivent coordonner leurs interventions et leurs actions avec le réseau sanitaire et local. Ils sont invités notamment à participer aux structures de partenariat comme les coordinations sociales fonctionnant au sein de leur territoire, d'entreprendre des démarches pour établir des accords de partenariat avec des personnes, des institutions, services situés sur leur territoire, de collaborer avec des personnes ou des services situés hors de leur territoire mais intéressés à leurs activités comme les hôpitaux, les initiatives d'habitations protégées de collaborer avec d'autres professionnels de la santé comme les médecins généralistes.

La question de la santé mentale doit être abordée aujourd'hui dans une perspective de santé publique. Avec la dégradation des conditions de vie, l'état de santé mentale de la population s'est aussi dégradé. Des phénomènes jusqu'hier relativement bien encadrés par les systèmes classiques de régulation sanitaire et sociale, ont tendance aujourd'hui à les déborder par leur caractère massif et leur complexité.

Certains individus ne savent plus ou ne peuvent plus, compte tenu de ce qu'ils ont eu à subir, se reconnaître comme ayant une place identifiée et reconnue dans le corps social. Ils sont dévalorisés, disqualifiés. L'expérience de la disqualification est particulièrement perturbante. Dès l'école, un nombre croissant d'individus ont le sentiment d'être niés dans leur personne, leurs capacités et leurs compétences et portent obsessionnellement ce sentiment à long terme. Ils perdent alors une partie de leurs ressorts, de leurs ressources, de leur cadre de référence.

Ces logiques créent des spirales de précarisation où les problèmes engendrent les problèmes et amplifient les difficultés. Le fait d'être dans une disposition négative au regard de soi-même perturbe et dégrade les relations de la personne au sein de son réseau social et de son espace privé. Ces spirales affaiblissent les liens qui devraient précisément apporter du secours, à commencer par l'entourage proche. S'y ajoute la perte relative à la disposition à aller vers les ressources existantes (soins, travailleurs sociaux, ...).

L'écart se creuse alors entre les dispositifs qui ont été pensés pour les personnes en difficulté et ces mêmes personnes en difficulté. Pour elles, aller vers un dispositif signifie accepter le stigmate et le diagnostic qu'elles ont commencé à incorporer. La santé mentale est finalement vécue comme une zone d'identification négative. Aller vers un professionnel, c'est souvent, à leurs yeux, s'auto-désigner et se faire reconnaître comme une personne ayant, en plus de tous ses autres problèmes, une difficulté psychique. Cette situation entraîne un accroissement de l'isolement, des phénomènes de stigmatisation et de discrimination. Les personnes continuent à agir et à vivre mais en s'inscrivant dans la vulnérabilité et la nécessité de trouver des supports sociaux de bricolage. La vulnérabilisation est accentuée et peut entraîner des conduites à risque : prise de psychotropes, activités délictueuses...

Les conduites à risque sont paradoxalement une ressource pour les personnes les plus vulnérabilisées. Les individus ont alors le sentiment de se reconstruire, certes, dans une tension forte avec le corps social. Ce phénomène s'observe très nettement chez les adolescents ou les jeunes adultes engagés dans l'économie parallèle (ex : la vente de drogues). On observe un déplacement important de leur socialité qui fait problème mais qui renvoie au chaînon manquant de l'action sanitaire et sociale.

Différentes formes de souffrance psychosociale – comportements à risques, sentiments de désespoir, de dévalorisation ou de culpabilité – sont en augmentation et rebondissent dans tous les systèmes de prise en charge dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation, de la formation, du logement,... et font intervenir une multiplicité d'acteurs qui sont confrontés très concrètement à ce que l'on pourrait appeler des imbrications et des interactions entre les déterminants multiples (psychiques, sociaux, culturels, contextuels) qui concourent au développement des processus de fragilisation et de déstabilisation des individus.

Ces intervenants sont confrontés, de plus en plus, à des personnes qui vont mal, à des phénomènes extrêmement difficiles à vivre et à comprendre et à traiter : violence, incapacité de se réinsérer, décomposition des liens sociaux et familiaux,... et cherchent auprès des services de santé mentale un remède afin de répondre aux situations de crise.

Ceux-ci sont souvent débordés et ne peuvent pas toujours répondre aux sollicitations des intervenants d'autres secteurs confrontés, au quotidien, à la souffrance psychosociale des personnes en situation de précarisation. D'un autre côté, la santé mentale redoute d'être détournée de ses missions et de devenir la « voiture-balai » des autres disciplines et de la société permettant la gestion de personnes laissées pour compte et de situations inextricables.

Les travailleurs, quant à eux, expriment un réel malaise, ressentent un sentiment d'isolement face aux difficultés qu'ils rencontrent et qui s'expriment chez certains sous les formes les plus diverses : absentéisme, états dépressifs, agressivité voire signes d'intolérance à l'égard des publics. Ils ont le sentiment d'une « impuissance générale du système ». « Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher » pour reprendre le titre d'un rapport français, grippe le fonctionnement normal des dispositifs publics.

Une approche de la souffrance psychosociale en termes de maladie mentale est inadéquate et peut même être dangereuse. La précarité fait souffrir, mais elle n'est pas une maladie en soi, ni même une conséquence de la maladie. Mais ce n'est pas parce qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale que le secteur de la santé mentale n'a aucun rôle à jouer. Il doit aujourd'hui dépasser la seule référence à la maladie mentale, repenser ses conceptions et revoir ses outils traditionnels manifestement inadaptés à la prise en charge de la souffrance psychosociale des personnes en situation de précarité.

Ceci est l'analyse du contexte global bruxellois dans lequel s'inscrivent les missions de service public confiées par agrément à 21 services et à leur organisme de coordination, la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

Quelques chiffres parlants:

- 337 travailleurs composant les 191 équivalents temps plein (ETP);
- 36 psychiatres;
- 67 psychologues;
- 57 AS ou gradués logopèdes dans les équipes pédopsychiatriques;
- 31 secrétaires accueillantes.

Le budget annuel en 2005 s'élève à 11.600.000 €.

Sur les 21 services agréés, 11 disposent d'une équipe pédopsychiatrique, 2 d'une équipe pour adolescents et 2 qui sont spécialisés dans la guidance des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Enfin, le projet ULYSSE coordonne, au travers de trois services, une équipe spécialisée dans la clinique de l'exil.

Le décret de 1995, pour être appliqué, a exigé l'ajout de 20 ETP en 1997 et lors de la nouvelle phase d'agrément de 2004, 19 ETP ont été rajoutés, notamment dans les équipes pédopsychiatriques.

En 1997, au premier agrément provisoire, 3 nouveaux services ont vu le jour, le Chien vert et le Méridien qui étaient déjà des antennes de Chapelle-aux-Champs/Saint Luc et le SAS.

En 1998, 2 services se créent et sont agréés, le Norois (exantenne de Primavera) et le Prologue (fermé depuis lors), ceci spécifiquement dans le nord de Bruxelles.

En 2001, le service de l'ULB de service universitaire, se constitue en a.s.b.l.

En 2002, le service d'Ici ou d'ailleurs, spécialisé notamment dans l'ethnopsychiatrie, est le dernier service de santé mentale à être agréé.

La dernière modification du décret qui doit être soulignée est celle liée à la mise en œuvre des accords du non-marchand conclus en juillet 2000.

En 2001, le décret non-marchand modifie non seulement les deux décrets dont nous nous occupons aujourd'hui mais aussi l'ensemble des décrets de référence concernés par les accords

Il transcrit en termes législatifs les engagements du gouvernement de l'époque vis-à-vis des employeurs et des travailleurs des secteurs concernés.

A titre indicatif, le surcoût du non-marchand sera absorbé dans le secteur de la santé mentale en deux ans, 2001 et 2002, à 100 %. On évalue ce surcoût à environ $700.000 \, \varepsilon$, dû principalement au recalcul des années d'ancienneté des travailleurs puisque les barèmes étaient déjà ceux de la CP 305/1.

2. Le secteur de la toxicomanie

Avant d'aborder le décret d'agrément et de subventionnement des services actifs en matière de toxicomanies, il convient d'attirer l'attention sur le fait que si ce décret est promulgué en même temps que celui relatif aux services de santé mentale, en 1995, il n'en est pas pour autant réellement une copie dans la mesure où l'un fait évoluer un secteur qui connaissait déjà une législation tandis que pour l'autre, il s'agit d'une première législation de référence issue d'une ferme volonté du législateur d'offrir un cadre législatif stable et définitif aux travailleurs de ce secteur.

Mme Risopoulos demande que les commissaires, dans leurs analyses tiennent compte du fait que pour la plupart des services actifs en matière de toxicomanies, l'adaptation à un cadre légal est une première, contrairement à ceux de la santé mentale qui sont le plus souvent confrontés, en pratique, à des usagers consommant dans l'illégalité.

Ce paradoxe justifie, sans doute, une approche sectorielle pointue de cette problématique particulière.

Mais, le public toxicomane rencontrant des problématiques très diversifiées, celles-ci appellent une collaboration active avec des acteurs non spécialisés et les réponses ainsi apportées doivent se faire en association avec le réseau socio-sanitaire au sens large, comme le reflète d'ailleurs la définition de chacune des 6 missions prévues par le décret.

Le décret du 27 avril 1995 est la première législation à reconnaître à ce secteur particulier une légitimité à part entière, en tant qu'acteur de santé publique. Se faisant, il

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

place clairement l'aide aux toxicomanes dans le champ de la santé par opposition au champ sécuritaire, qui était en plein développement à l'époque de l'adoption du décret.

Les articles 3 et 30 du décret toxicomanies obligent les services actifs dans le secteur des toxicomanies à être agréés par la Commission communautaire française. A défaut d'agréation, ces services peuvent encourir des sanctions prévues par le Code pénal. Le secteur, en acquérant son identité propre, a pu également travailler de manière plus cohérente et mieux ciblée avec les autres acteurs du réseau socio-sanitaire.

Paradoxalement, le décret confère donc une identité commune aux services actifs en matière de toxicomanies tout en restant silencieux sur la définition de la toxicomanie. Il reconnaît et consolide la diversité des approches, réponses nées de l'inventivité associative à des consommations qui diffèrent par le produit consommé, le mode et le lieu de consommation. Cette diversité a été renforcée par le décret « non marchand » de juillet 2001 qui ajoute aux critères d'octroi des moyens complémentaires les notions de « spécificité de projet et public visé » qui n'étaient jusqu'alors spécifiés que dans une circulaire ministérielle de 1998.

En 10 ans, les paramètres de la consommation ont fortement évolué mais la tension entre la santé publique et le sécuritaire reste toujours aussi vive et focalise les passions malgré les nombreux lieux de concertation et de rencontre entre les niveaux de pouvoirs concernés.

L'image de l'héroïnomane délinquant, si elle subsiste dans l'inconscient collectif de la population, coexiste aujourd'hui avec celle du consommateur ludique de cannabis ou d'ecstasy ou le surconsommateur d'alcool.

Par ailleurs, la consommation de tabac et d'alcool est de moins en moins tolérée, tant dans le chef des décideurs politiques que dans celui de la population, en raison d'impératifs de santé publique. Mais la prévention se fait notamment par des lois d'interdiction, qui ont pour objectif la modification du comportement dans les lieux publics. Il s'agit d'interdire de fumer pour limiter le tabagisme passif et d'interdire l'alcool au volant pour limiter les accidents de roulage.

Cela ne signifie pas que la consommation de produits « durs » a diminué, mais bien que de nouvelles consommations sont mises au jour dans le champ de la santé publique et sont soumises à des lois dans le champ sécuritaire.

Ces dernières lois ont aussi comme point commun de viser la modification du comportement puisque la consommation est admise. Le secteur de la toxicomanie, via sa fédération, a défendu récemment la même approche du législateur pour le cannabis.

La réduction des risques, inscrite dans l'article 9 du décret, relève elle aussi de cette approche. Investir dans le

comportement de l'usager permet de distinguer l'usage qui relève de la recherche du plaisir ou de la transgression de l'interdit, deux notions qui nous éloignent du champ pathologique et qui nécessitent une politique volontariste de santé publique dans l'optique d'une responsabilisation de l'usager et pour éviter les risques liés à la consommation pour le consommateur et son entourage.

Les approches qui se focalisent sur le comportement permettent également de tenir compte d'une tendance qui s'aggrave au fil des années, celle de la polyconsommation, c'est-àdire l'usage concomitant ou successif de plusieurs produits et la surconsommation de produits dits « doux » qui, consommés à haute dose, peuvent se révéler pathogènes.

Le décret classe les missions d'accompagnement, de soins et de prévention dans les missions principales. Les trois autres missions, soit la réinsertion, la liaison et la formation, sont considérées comme des missions particulières.

Afin d'analyser la réalité de l'exercice actuel de ces missions de services publics, nous pouvons les regrouper en deux catégories : les missions liées à l'accompagnement du toxicomane soit le soin, l'accompagnement psychologique, la liaison et la réinsertion sociale et, secundo, les missions globales de santé publique soit la prévention et la formation des intervenants.

Le choix de les classifier autrement dans cette présentation est le reflet de la difficulté de différencier les trois missions d'accompagnement individuel ou de soins au sens large, dans le travail quotidien de nombreux services, difficulté renforcée par la pratique de plus en plus généralisée de la co-consultation, c'est-à-dire lorsque les intervenants reçoivent ensemble un usager, pour répondre efficacement à une problématique polymorphe.

A la base de la mission d'accompagnement individuel, la philosophie des approches est toujours de considérer que le consommateur utilise un produit pour répondre à un problème qu'il traverse, qu'il en devienne dépendant ou non, que sa consommation ait des répercussions sur son état de santé et sur sa sociabilité. En terme de gestion de réduction des risques, tous ces paramètres prennent un autre sens si le produit consommé est illégal.

Cette mission, dans son aspect plus médical, est parfois menée conjointement avec un financement émanant de l'IN-AMI, qui est beaucoup plus important que celui octroyé par la Commission communautaire française. Ce cadre de travail est celui qui coexiste au Centre médical Enaden, au Projet Lama et à Babel.

Il convient de souligner que l'intervention de l'INAMI est, elle aussi, très diversifiée et tient également compte de la diversité des approches, depuis les programmes résidentiels qui ont pour objet la cure de désintoxication à l'accompagnement individuel en passant par le dernier outil soutenu que sont les MASS (maisons d'accueil socio-sanitaires).

L'exercice de la mission de soins révèle souvent les manques des acteurs institutionnels de santé publique généralistes dont le public toxicomane ne peut être le public prioritaire, comme les hôpitaux ou les médecins généralistes. Ainsi deux services travaillent au sein d'hôpitaux, Addictions et Interstices, en étant basé sur l'accueil aux urgences et en essayant d'améliorer la formation du personnel soignant de ces hôpitaux tandis que le Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT) soutient un réseau de médecins généralistes qui font le suivi de traitement de substitution à la méthadone.

Enfin, cette mission d'accompagnement individuelle est soumise à des contraintes très particulières lorsqu'elle s'exerce dans les prisons. Deux services sont particulièrement spécialisés dans cette approche, à savoir CAP-ITI et Ambulatoire du Solbosch. Il est à noter que la plupart des services sont concernés par cet aspect étant donné la très forte criminalisation des toxicomanes.

Dans l'optique de la substitution du produit par un comportement, dépendance pour dépendance, deux méthodes sont également proposées : le sport-aventure par la Trace et les groupes de self-help par le Pélican.

La mission de santé publique est, quant à elle, souvent la spécialité de services cosubsidiés par la Commission communautaire française et la Communauté française de Belgique. Il s'agit d'Infor-drogues, de Modus Vivendi et de Prospective Jeunesse.

La législation de la Commission communautaire française au travers de l'expression de la mission de prévention implique explicitement les trois niveaux de prévention. L'accent mis sur la prévention secondaire et tertiaire, a été généré par un accord verbal des ministres de la Commission communautaire française et de la Communauté française de l'époque.

Cette distinction a été confortée par l'adoption de la circulaire de 1998 qui limite le champ de cette mission à la prévention secondaire et tertiaire. Depuis, on constate que ces deux niveaux institutionnels soutiennent des projets qui relèvent des trois types de prévention (à l'exception de grandes campagnes de sensibilisation). La réalité bruxelloise francophone d'aujourd'hui correspond davantage à l'esprit du décret.

Enfin, l'évolution du regard de la société pour les drogues légales comme le tabac ou l'alcool, connaissait déjà une réponse en 1999 par l'agrément de Santé et Entreprise dont l'activité première a été la prévention de l'alcoolisme au travail.

Après avoir divisé le champ d'intervention en deux parties distinctes - accompagnement global et santé publique-, il faut souligner que dans le chef de la plupart des institutions, deux missions sont pratiquement incontournables : les missions de services publics d'accompagnement et de formation.

Cela traduit sans doute deux carences, qui sont liées entre elles et que la législation de la Commission communautaire française rencontre : la difficulté de proposer une approche globale des usagers toxicomanes dans le champ socio-sanitaire d'une part, et le manque d'information et de formation des acteurs du réseau socio-sanitaire, d'autre part.

Sur le plan de la mission de formation, deux logiques coexistent au sein du secteur agréé. Certains estiment que la formation est plus parlante si elle est dispensée par un professionnel de terrain. D'autres estiment au contraire qu'elle est plus pertinente si elle est dispensée par des professionnels de la formation qui conservent une certaine distance par rapport à la pratique quotidienne.

La mission de réinsertion mobilise aujourd'hui beaucoup plus de moyens au sein des équipes agréées que lors du premier agrément et est la 3^{ème} mission la plus exercée. Cette évolution reflète notamment le plus grand désarroi social des usagers de drogues en matière d'emploi, de logement et de rapport à la justice.

La mission de soins médicaux rencontre une difficulté majeure : la pénurie de médecins généralistes orientés toxicomanies et des psychiatres de manière générale à laquelle s'additionne la difficulté de travailler avec un public toxicomane.

La mission de prévention est déclinée sous tous ses aspects à l'exception des campagnes de sensibilisation.

Il est évident que les services agréés qui travaillent avec les écoles par exemple font bien de la prévention primaire, tandis que la distribution de seringues pour éviter la propagation des virus HIV et hépatite relève bien de la prévention secondaire. Si les termes « réduction des risques » ne sont pas explicitement repris dans le texte légal, le contenu de la définition de la mission de prévention est quant à lui très éloquent puisque celle-ci vise notamment « la prévention des dommages encourus par les usagers de drogues » et des « interventions particulières envers des groupes ciblés, notamment envers des personnes confrontées à des problèmes de toxicomanies ». Ce développement permet d'envisager la consommation récréative et/ou transgressive des drogues.

Le décret ne prévoit pas d'interaction des services avec d'autres niveaux institutionnels.

Il faut pourtant rappeler que si l'obligation d'enregistrement des données, disposition décrétale essentielle à la compréhension du phénomène, n'a jamais été mise en application, c'est parce que la Commission communautaire commune enregistre les données de tous les services agréés par la Commission communautaire française.

Au sein de la Commission communautaire commune, la Concertation Toxicomanie-Bruxelles est un lieu où se réfléchit officiellement la politique des drogues à Bruxelles alors que la Commission communautaire française possède, quant à elle, une législation organique sur le sujet, celle dont on parle.

Il faut enfin rappeler que la difficulté du travail en réseau avec l'ensemble des acteurs institutionnels confrontés au phénomène de la drogue est générale à la Belgique comme en atteste la mise sur pied difficile de la Cellule générale des Drogues qui doit réunir tous les ministres concernés par cette problématique.

La cellule santé qui est une prémisse de la cellule générale, fonctionne déjà depuis trois ans et a produit un large état des lieux de la situation en Belgique.

A l'issue du renouvellement des agréments, des services actifs en matière de toxicomanies, en 2004, on compte 14 services agréés, tous différents, chacun ayant sa spécificité. Certains pour leur public, d'autres pour leurs actions : des personnes toxicomanes psychotiques à celles issues de l'immigration, des services décentralisés à ceux rendant accessible l'ambulatoire aux hospitalisés, des prisonniers aux écoliers,... une vaste mosaïque de services activés par des professionnels compétents.

Il faut y ajouter la FEDITO, l'organisme de coordination qui fédère l'ensemble de ces services.

On relève 93 membres dans le personnel agréé servant quotidiennement de repères à des personnes en difficulté avec tout, aux marges de la mort, de la folie, dont :

- 27 psychologues;
- 20 assistants sociaux;
- 16 médecins et psychiatres;
- 8 secrétaires;
- 4 infirmières psychiatriques;
- 3 sociologues;
- 5 licenciés en communication;
- 1 philosophe;
- 1 assistante en psychologie;
- 2 kinés;
- 4 personnes avec une qualification sous dérogation (psycho motricienne, licencié en santé publique, sage-femme...).

On dénombre aussi 52 missions agréées, soit une moyenne de 4 missions par service, soit :

_	accompagnement:	12
_	réinsertion:	11
_	formation:	12
_	prévention :	9
_	soins:	5
_	liaison:	3

Il semble difficile de décrire la diversité des pratiques du secteur en les enfermant dans des définitions au risque de les réduire.

Bien souvent, les services donnent l'impression d'entrer au chausse-pied, voire de se faufiler en « forçant » dans des cases dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas entièrement.

L'accueil et l'information sont décrits comme une mission à part entière et dont le contenu ne peut se glisser dans les définitions légales des autres missions.

Il s'agit ici de toute l'activité de premier contact et de permanence, en urgence ou non, des usagers. C'est un premier accueil qui permet d'analyser la demande.

L'accompagnement : il s'agit ici de toute l'activité de suivi et d'orientation psychosociale, individuelle ou en groupe, d'information et de conseil, de propositions d'intervention jusqu'au suivi thérapeutique. Il peut être psychologique, social, voire pédagogique lorsqu'il s'agit d'accompagnement d'équipes dans leur démarche, projet etc. Cette activité se déroule dans le service ou à l'extérieur.

Le soin : les services élargissent la notion de soins. Le soin peut être médicalisé ou non. En cela il intègre la pratique psychothérapeutique au sens large. Cette prise en charge peut se faire en lien avec une prise en charge médicale ou non. Il ne semble donc pas normal, aux yeux de certains, de ne pas pouvoir revendiquer la mission de soins.

La prévention : la frontière entre la prévention et la formation est perméable et fluctuante.

Si la prévention est enfermée dans une activité de groupe, la notion de « personnes confrontées à des problèmes de toxicomanie » ouvre le champ du public à qui elle s'adresse. Les services font eux-mêmes le « tri » qui est donc différent d'un service à l'autre.

La réinsertion : cette mission manque de frontière avec une partie du travail d'accompagnement où la « guidance psychosociale » ouvre elle, à travers la mission d'accompagnement, à la réinsertion. Cette mission gagnerait à être définie de manière plus spécifique.

La liaison : cette mission est clairement définie dans la circulaire. Il est parfois difficile de ne pas confondre cette mission avec la coordination et le travail en réseau.

La formation : certains services bénéficient de cette mission en additionnant les heures consacrées à la formation de post-gradués en psychiatrie à de la formation (supervision) d'intervenants. Ici, la formation des PG est à mettre en équivalence avec la formation d'autres intervenants stagiaires (assistants sociaux, psychologues, etc.).

Mme Sylvie Risopoulos, directrice de l'administration des affaires sociales et de la santé remercie les membres de la commission pour leur attention.

4. Discussion générale

Au nom de la commission, Mme Magda De Galan, présidente, remercie Mme Sylvie Risopoulos, directrice de la cellule Santé à l'administration de la Commission communautaire française pour son exposé et invite les commissaires à poser leurs questions.

Mme Fatiha Saïdi (PS) s'interroge sur l'existence d'une Commission consultative bruxelloise francophone en matière de prévention et de lutte contre la toxicomanie qui avait été instituée par l'arrêté ministériel du 16 juin 2004.

A-t-elle bien été créée ? Si oui, quels sont ses rôles et ses missions ?

Mme Saïdi souhaite également savoir si les nouvelles demandes et nouveaux besoins sont pris en charge par l'administration de la Commission communautaire française malgré le budget fortement limité.

Sur la question de l'existence de la Commission consultative bruxelloise francophone en matière de prévention et de lutte contre la toxicomanie évoquée par Mme Saïdi, M. Pierre Delcarte (administration de la Commission communautaire française) l'informe que le décret de 1997 qui a créé le Conseil consultatif a intégré cette commission. Quant au secteur de la Santé il est représenté au sein de la section des services ambulatoires.

Sur la question de la prise en compte des nouveaux besoins dans le budget 2005, Mme Dominique Maun (cabinet du président du Gouvernement, M. Benoît Cerexhe, ministre en charge de la Santé) répond qu'une partie de ces nouveaux besoins a été prise en compte dans les renouvellements d'agréments successifs du secteur. A titre d'exemple, en 2004, certaines équipes infanto-juvéniles ont été complétées et d'autres créées.

De manière générale, le budget Santé de la Commission communautaire française a augmenté de manière importante. Cependant Mme Maun a également constaté que les services de santé mentale sont confrontés quotidiennement à des personnes qui se trouvent souvent dans des situations précaires.

La réflexion qui est menée actuellement dans le secteur est la suivante : « La santé mentale doit-elle répondre à toutes les demandes d'aide alors qu'elles sont souvent la conséquence de problèmes sociaux liés au manque de logement, d'emploi, etc. ? ».

Mme De Galan, présidente, précise que ce questionnement se retrouve dans les développements de l'exposé de l'administration qui utilise le terme de « camion-balais » pour définir le secteur de la santé mentale et s'interroge sur les conséquences de certaines politiques menées dans le secteur du logement, de l'emploi qui devraient peut-être être menées autrement afin d'éviter que le secteur de la santé ne devienne le dernier filet de protection.

Mme Sylvie Risopoulos (administration de la Commission communautaire française) ajoute que l'investissement du secteur du social vers celui de la santé et vice-versa a conduit les deux secteurs à se rencontrer, se coordonner pour mener une réflexion sur cette transversalité au sein d'équipes pluridisciplinaires.

Elle observe également un éclatement des pratiques sectorielles « pures » vers des pratiques professionnelles communes.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) se réjouit d'entendre les services de l'administration de la Commission communautaire française qui occupent, selon elle, une place en tant qu'acteurs dans le système ambulatoire qui caractérise Bruxelles.

Dans le cadre de la discussion, Mme Braeckman espère que ses questions n'enfreindront pas le devoir de réserve des représentants de l'administration qui ne peuvent répondre sur l'évaluation des politiques du ministre en ce domaine mais reconnaît néanmoins cette démarche très intéressante.

Mme Braeckman observe que les conditions budgétaires ont souvent amené les services de santé mentale à devoir multiplier les actes cliniciens des spécialistes.

En 1995, les services de la santé mentale ont subi une diminution de crédit avec, entre autres, la rémunération des psychiatres plafonnée à celle des psychologues.

Elle ajoute que cette situation s'est aggravée avec la mise en place des accords du non-marchand qui demandent aux secteurs de dégager de nouvelles ressources financières afin de répondre à de nouvelles exigences.

Le secteur de la santé mentale représente 54 % du budget de la santé mais, néanmoins, ne faudrait-il pas donner les capacités budgétaires aux services de santé mentale pour sortir de la logique de recourir aux prestations d'actes et permettre le travail communautaire et en réseaux ?

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

Faut-il mieux fournir certains postes que d'autres ? L'accent ne devrait-il pas être mis sur l'accueil et améliorer le service rendu à la population ?

Certaines orientations prises dans le secteur correspondent-elles toujours à l'évolution de la notion de soins ou permettent-elles de se placer en dehors du soin ?

Mme Braeckman demande si la mise en place d'un recueil de données est nécessaire et comment l'administration l'imagine-t-elle ?

Enfin, l'administration a-t-elle des propositions concrètes pour rencontrer les demandes émanant des Assises de l'Ambulatoire qui se retrouvent dans le cahier des charges ?

Mme Sylvie Risopoulos rappelle les budgets de la Commission communautaire française en matière de Santé pour les services de santé mentale (11,6 millions d' \in) et pour les services actifs en matière de toxicomanies (3,5 millions d' \in). Le budget « toxicomanie » de la Commission communautaire française est supérieur à celui de la Région wallonne mais n'est pas suffisant.

Mme Sylvie Risopoulos souligne qu'au moment de l'application du décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale, la volonté politique était de faire appel au financement de l'Etat fédéral dans la politique de la Commission communautaire française en matière de santé par le biais du remboursement des attestations de soins délivrées par les psychiatres.

M. Delcarte précise que cette situation résulte d'une insuffisance budgétaire.

En fait, le projet de décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale déposé le 9 mars 1995 ne prévoyait qu'un trois quarts temps plein de travail et non un équivalent temps plein pour la fonction de psychiatre. C'est en commission que le membre du Gouvernement, M. Dominique Harmel, proposa d'amender l'article 16 du projet de décret afin de répondre à une demande des parlementaires, à savoir un équivalent temps plein pour la fonction de psychiatre au même titre que les autres fonctions de l'équipe d'un service de santé mentale, celles de psychologue, d'assistant social, d'accueil et de secrétariat.

Mme Sylvie Risopoulos suggère de redéfinir la notion de « soins » et rappelle que la Commission communautaire française n'est compétente qu'en matière de soins dans et en dehors des institutions de soins. La notion de « soins » doit s'entendre dans son acceptation au sens large à savoir la promotion, la prévention et l'acte clinique.

Mme Dominique Maun confirme l'approche thérapeutique de la notion de « soins » et rappelle la volonté du législateur de demander aux soignants de sortir de leurs murs et d'orienter leurs patients vers d'autres services lorsque la demande concerne également une recherche d'emploi ou de logement.

Madame Jacqueline Rousseaux (MR) demande si des personnes souffrant de troubles neuro-dégénératifs qui fréquentent les centres de la Commission communautaire française sont orientées vers d'autres services pour être soignées lorsqu'ils ont besoin d'un traitement durable.

L'administration précise qu'aucune donnée écrite ne permet de répondre à cette question et propose que la Commission s'adresse aux représentants du secteur.

Mme Dominique Maun signale que la fonction d'accueil a été au départ associée à celle de secrétariat par les services de santé mentale eux-mêmes. Elle propose que ce débat soit postposé après avoir entendu les représentants du secteur concerné.

Quant au recueil des données, cette problématique est délicate, selon Mme Dominique Maun, dans la mesure où nombre de données sont confidentielles (respect de la vie privée) et le mode de recueil de données doit convenir aux professionnels du secteur. Il faut également être prudent quant à tirer des conclusions à partir de ces recueils de données.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) demande s'il existe des statistiques pour les usagers des différents services d'accueil.

L'administration de la Commission communautaire française rappelle que le décret prévoit un recueil de données et la structure des rapports d'activités mais il n'existe, à ce jour, pas d'arrêté d'application pour l'organisation de la collecte de l'information.

Par conséquent, dans la pratique, il existe une multitude de variétés de rapports relatifs à des statistiques de chiffres et de données.

Pour le cahier de charges des Assises de l'Ambulatoire, Mme Dominique Maun rappelle la volonté du législateur de prendre en compte la transversalité.

M. Paul Galand (Ecolo) s'interroge sur la place de la charge administrative dans la gestion du temps de travail pour une équipe. Une aide externe de « gestion » est-elle nécessaire pour faciliter le travail ? Les locaux sont-ils adéquats ? Une amélioration peut-elle être apportée ?

M. Galand se réjouit qu'une concertation existe dans la pratique entre la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune. La situation actuelle est-elle satisfaisante ou doit-on modifier les protocoles d'accord ?

Il souhaite que les élus se rendent compte de la souffrance sociale qu'expriment les citoyens qui s'adressent aux services de santé mentale et aux services actifs en toxicomanies et qu'à partir de ce constat les mêmes élus soient incités à prendre des initiatives.

L'administration précise que les frais de fonctionnement ont été déplafonnés afin de payer les secrétariats sociaux.

Il existe une aide financière pour les services de santé mentale pour l'achat – ou la rénovation de bâtiments à concurrence de 60 %.

Il est souligné que le décloisonnement sectoriel permet de mieux rencontrer les difficultés de précarisation qui ne cessent de s'accroître.

Mme Dominique Maun souligne la problématique du logement en Région de Bruxelles-Capitale. Les loyers et les prix d'acquisition ne cessent d'augmenter et les délais pour l'obtention d'une aide financière sont souvent trop courts.

La récolte des données fonctionne bien dans les services actifs en matière de toxicomanie qui transmettent les données à la concertation toxicomanies Bruxelles.

La Commission communautaire française n'a pas de lien formel avec l'Observatoire de la Santé et du social qui est une instance bicommunautaire mais avant de l'envisager, il faut vérifier les aspects techniques et légaux.

Interpellée par M. Rachid Madrane (PS), l'administration précise que l'approche du « réseau » est difficile dans la mesure où il existe un manque d'information et de formation des travailleurs plus particulièrement dans les secteurs hors toxicomanies.

Mme Magda De Galan, présidente, fait référence au programme de formation AlTo qui avait été mis en place à la Communauté française et qui s'adresse aux médecins généralistes qui sont confrontés à des patients biens spécifiques.

La présidente propose d'entendre lors d'une prochaine audition le Docteur Dominique Lamy, responsable du mouvement AlTo pour la région Mons-Borinage.

L'administration souligne qu'il existe un Réseau d'aide aux toxicomanes (le R.A.T.) qui offre une formation aux médecins généralistes en Région de Bruxelles-Capitale.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) s'interroge sur la terminologie de la santé mentale. Cette notion constitue-t-elle une barrière importante ou un frein dans l'accessibilité des services ?

Il pense que la demande est énorme et n'est malheureusement pas toujours rencontrée. Cette notion de santé mentale doit-elle être maintenue ou adaptée ? Quelle est la prochaine étape à franchir ? Le décret ne génère-t-il pas une hiérarchisation des acteurs de terrain face au psychiatre ? Ne faudrait-il pas renforcer le rôle des psychologues et des assistants sociaux par rapport à celui du psychiatre ?

Enfin, l'administration, en tant qu'« observatoire », a-telle des suggestions pour les auditions ?

L'administration plaide pour un maintien du terme « santé mentale » mais surtout pour une banalisation des effets perturbateurs via des campagnes d'information dans les écoles, les médias, etc.

Mme Sylvie Risopoulos observe que la plupart des membres du cabinet de M. Benoît Cerexhe, ministre en charge de la Santé, sont des fonctionnaires détachés de l'administration et qu'à ce titre, ils ont veillé à ce que l'ensemble du secteur soit représenté dans le cadre des auditions sur l'évaluation des politiques en matière de santé mentale et de toxicomanies.

M. Paul Galand (ECOLO) précise que cette responsabilité revient aussi à la commission parlementaire elle-même

Mme Dominique Maun estime que la santé mentale est un processus et non un état. Elle décrit chaque individu comme étant au départ un malade mental potentiel qui a ou non les ressources pour réagir correctement.

L'administration pense que la question de la hiérarchisation devrait être posée au secteur mais rappelle la volonté du législateur qui était de renforcer le rôle du médecin.

La responsabilité du médecin de donner des soins est déterminée par l'Etat fédéral.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) attire l'attention des autres commissaires sur le questionnement permanent d'une série d'acteurs, à savoir l'inégalité de perception face à des situations difficiles en rapport avec l'outillage mis à leur disposition.

Mme Souad Razzouk (MR) souligne l'effort de concertation des acteurs de terrain qui se sont rencontrés lors des Assises de l'ambulatoire en vue d'améliorer le travail de coordination.

Elle souhaite que le gouvernement prenne exemple sur le travail de concertation du secteur et en fasse autant avec les gouvernements des autres niveaux de pouvoir dans le cadre de l'élaboration des accords de coopération. Elle trouve que l'information sur la santé doit se retrouver dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire et se demande, à ce titre, s'il ne faudrait pas redéfinir certaines missions de l'administration de la Commission communautaire française dans le décret.

-18 -

Elle demande combien d'inspecteurs compte le secteur et quelles sont leurs missions ?

Mme Dominique Maun répond que la collaboration du Gouvernement de la Commission communautaire française avec les autres entités fédérées est prévue dans la déclaration gouvernementale. Elle précise que cette volonté de se rencontrer passe également par des rencontres et des prises de contact informelles entre les cabinets ministériels.

La présidente, Mme Magda De Galan, soutient l'initiative du ministre mais reconnaît les difficultés que rencontrent les différents niveaux de pouvoir pour se concerter.

Mme De Galan témoigne que, lorsqu'elle était ministre fédérale en charge des Affaires sociales, le remboursement du vaccin contre l'hépatite pour les enfants, ne fut financé par l'Etat fédéral qu'après trois ans de négociations avec les gouvernements flamand et de la Communauté française.

L'administration de la Commission communautaire française répond que le rôle de l'inspection est de contrôler sur le terrain si les réglementations en la matière sont appliquées par le secteur.

Elle observe que dans la pratique les impératifs légaux sont parfois interprétés en fonction d'une réalité concrète et que le rôle de l'inspection est de procéder au réajustement, si nécessaire. Lors du réagrément en matière de toxicomanies, l'inspection doit permettre aux associations agréées de pouvoir se redéfinir dans un secteur plus spécifique et, à ce titre, resserrer les institutions autour de leurs missions afin que celles-ci puissent avoir un profil qui leur convienne.

Enfin, l'inspection doit également ramener le vécu de l'ensemble des équipes complémentairement au travail réalisé par le secteur de la santé mentale.

L'équipe de l'inspection se compose actuellement d'un médecin à temps plein, un médecin à mi-temps et d'une assistante sociale à temps plein. Elle fait également état du détachement d'un fonctionnaire de l'inspection vers le cabinet de M. Benoît Cerexhe, ministre en charge de la Santé.

Mme Céline Delforge (Ecolo) rappelle le cadre légal des travailleurs du secteur qui est défini aux articles 3 et 30 du décret et déplore le vide juridique pour les intervenants bénévoles qui travaillent à la diminution des risques et qui sont nombreux dans ce secteur.

Mme Dominique Maun ajoute que le gouvernement souhaite mieux connaître le secteur avant d'envisager, s'il y a lieu, les mesures nécessaires.

La présidente, Mme Magda De Galan, remercie, au nom de la commission, les représentants de l'administration pour la qualité de leurs réponses et clôture la discussion générale.

5. Exposé du Dr Myriam De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale

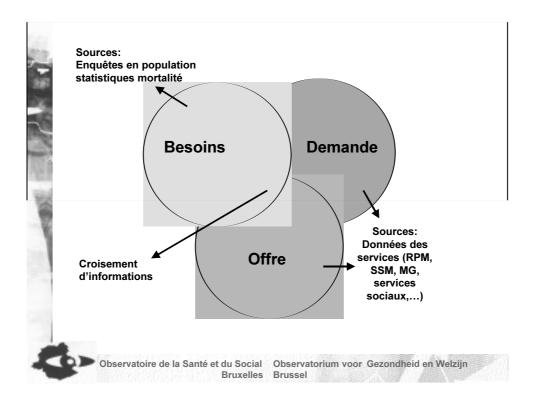
En sa réunion du 22 avril 2005, la commission a entendu l'exposé du Docteur De Spiegelaere.



Introduction:

L'exposé présente le tableau de bord de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale pour l'année 2004 qui rassemble des données provenant de différentes sources et contient des données qui n'étaient pas disponibles lors de l'élaboration du tableau de bord.

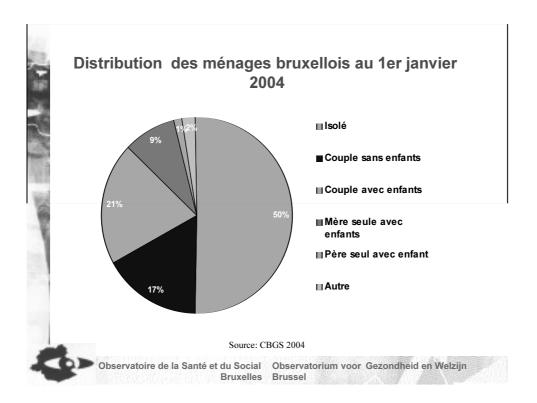
De manière générale, l'Observatoire ne dispose de données que pour les personnes régulièrement domiciliées à Bruxelles. La Région de Bruxelles-capitale compte également une population qui échappe aux statistiques et enquêtes et qui est particulièrement vulnérable en ce qui concerne la santé mentale: les personnes sans domicile fixe, les personnes en situation irrégulière, les réfugiés et candidats réfugiés qui ont souvent un parcours qui les exposent à de graves conséquences pour la santé mentale (cfr études récentes). Il faut donc garder à l'esprit que ces personnes ne sont pas représentées dans les données présentées.



Présentation centrée sur les besoins : différences entre les besoins, les demandes (exprimées auprès des services mais aussi auprès de l'entourage) et l'offre.

La santé mentale couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive aux diagnostics psychiatriques les plus sévères en passant par les différents degrés de mal-être. Paradoxalement à l'importance de cette dimension, l'Observatoire trouve peu d'informations disponibles dans les banques de données. Les sources qui permettent d'évaluer les besoins sont l'analyse de la mortalité et d'enquêtes en population, par exemple l'enquête de santé. Des données existent mais elles sont encore parcellaires et il existe des difficultés liées à la définition de la santé mentale tant en terme positif qu'en terme négatif (la « mauvaise santé mentale »). Il serait intéressant de connaître la manière dont les besoins sont rencontrés par les services, sont exprimés (demandes) et la part des demandes qui est rencontrée par les services. L'Observatoire n'a pas de données à ce sujet. Ceci pourrait être réalisés par un croisement des données en provenance de l'ensemble des services (difficultés pour la santé mentale parce que de très nombreux services interviennent) et des données des besoins.

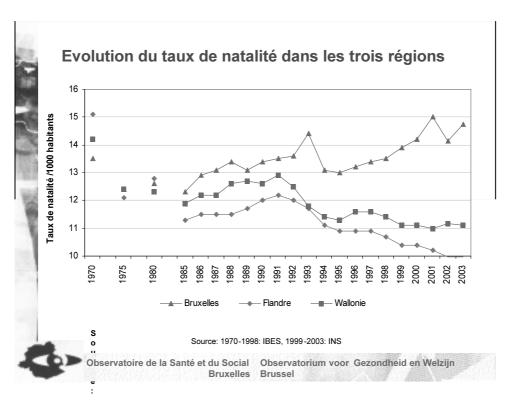
Dans l'exposé, on ne fera pas de distinctions entre les toxicomanies et la santé mentale car des liens étroits existent entre les deux (cfr pathologies psychiatriques et risques plus élevés de toxicomanie et conséquences sur la santé mentale, par exemple, les suicides et les tentatives de suicide, le lien entre l'alcool et la dépression, etc.)



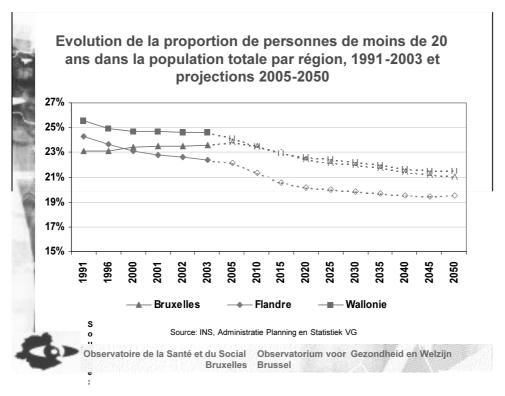
Quelques données démographiques qui permettent de mieux cerner les besoins en santé mentale

Tout d'abord le type de ménage: 1 ménage bruxellois sur deux est constitué d'une seule personne.

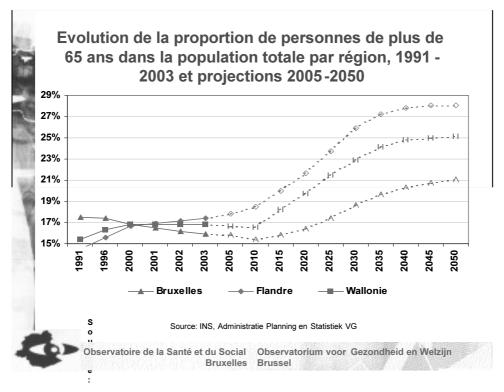
A noter aussi que les familles monoparentales constituent 10 % des ménages bruxellois



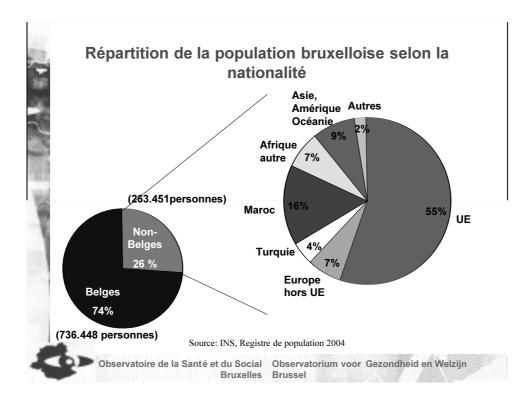
La Région de Bruxelles-Capitale se caractérise par un taux de natalité en constante augmentation (à l'inverse des autres Régions). Ceci implique des besoins particuliers à Bruxelles en se qui concerne les jeunes enfants et les jeunes familles, par exemple, en termes de promotion des relations parents-enfants).



On observe une augmentation du nombre d'enfants mais aussi d'adolescents.

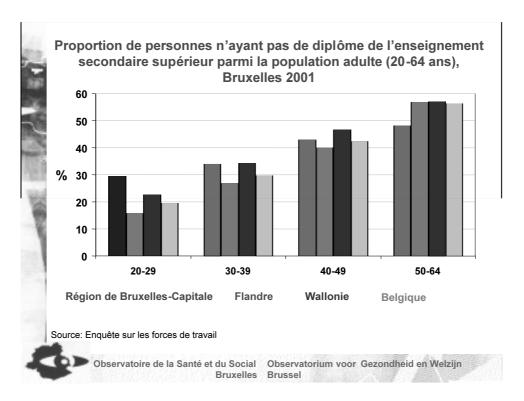


La proportion de personnes âgées est en diminution (mais avec une proportion plus élevée de personnes très âgées) et cette évolution devrait se poursuivre jusqu'en 2010.



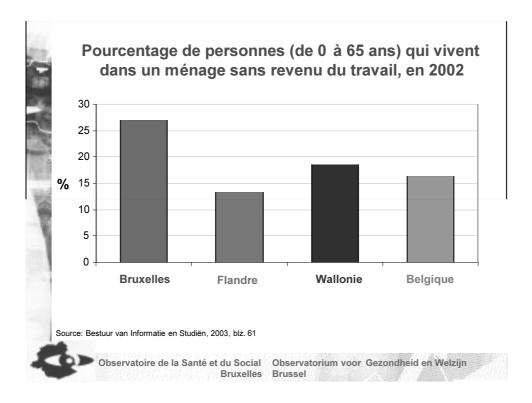
La Région de Bruxelles-capitale est très multiculturelle avec 26 % de la population qui n'a pas la nationalité belge (et parmi les Belges, une proportion non négligeable est issue de l'immigration plus ou moins ancienne).

Parmi les non-belges, plus de la moitié proviennent de l'Union Européenne et 16 % du Maroc. La grande diversité des cultures à Bruxelles a bien entendu des implications en ce qui concerne les besoins en santé mentale.

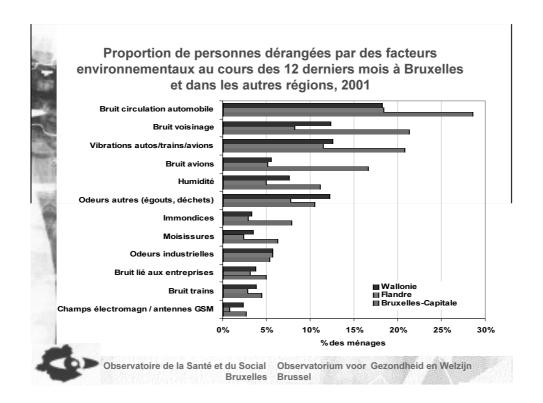


On sait combien la santé mentale est liée à la situation sociale.

La Région de Bruxelles-capitale présente dans ce domaine des caractéristiques particulières comme une proportion particulièrement élevée de jeunes adultes à faible niveau d'instruction : 30 % des jeunes de 20 à 29 ans n'ont pas de diplôme de l'enseignement secondaire.

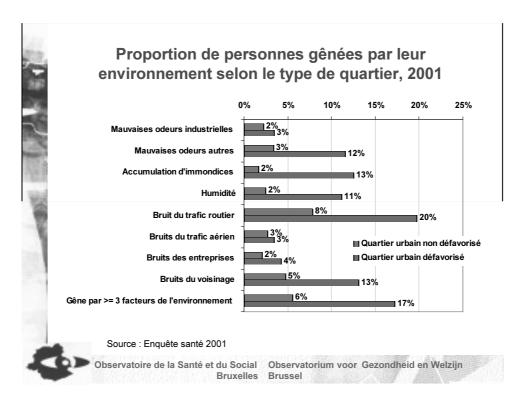


Plus d'un quart des ménages bruxellois vivent d'allocations ou de revenus de remplacement.

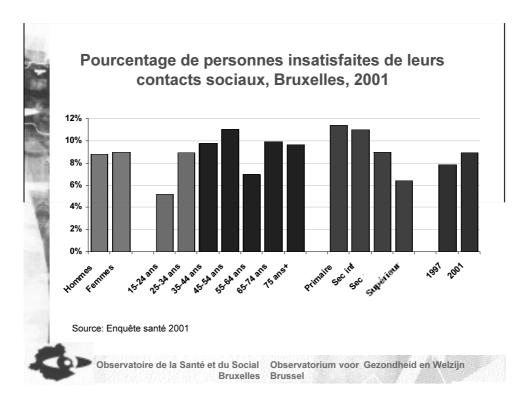


-28 -

L'environnement a des liens importants avec la santé mentale, en positif (environnement agréable permettant la détente, les liens sociaux,...) ou négatif (le bruit qui est une source de stress et de troubles du sommeil ou l'état du logement qui peut entraîner du stress et la dépression). Tant dans l'enquête de santé que dans l'enquête socio-économique, la Région de Bruxelles-capitale se caractérise par une proportion plus importante d'habitants qui ont une perception négative de leur environnement.



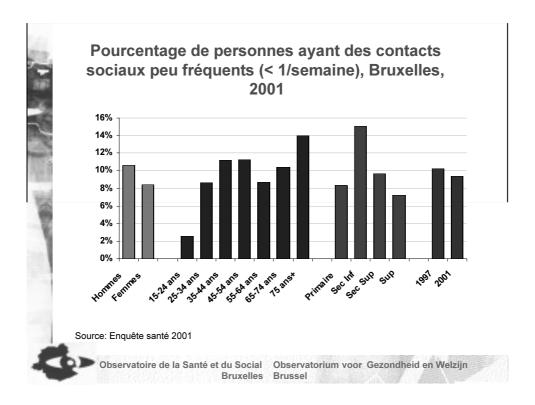
A Bruxelles, les nuisances liées à l'environnement sont inégalement réparties. Selon l'analyse des données de l'enquête santé dans les zones urbaines de Belgique, 20 % des personnes habitant un quartier défavorisé sont gênées par le bruit du trafic routier, 13 % par les bruits du voisinage. Cette proportion est plus élevée encore à Bruxelles que dans les autres grandes villes. Les différences sont très importantes avec les quartiers non défavorisés. Des inégalités sont également très marquées en ce qui concerne le cumul des nuisances ce qui peut avoir un effet amplificateur de l'impact sur la santé mentale.



Il y a aussi un lien évident entre la « santé mentale » et la « santé sociale ». Cette notion peut être approchée par des indicateurs d'intégration sociale dans un réseau de relations ou du support social dont les personnes peuvent bénéficier par leur entourage.

9 % des bruxellois sont insatisfaits de leurs contacts sociaux. Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes. Les jeunes sont moins souvent insatisfaits de leurs contacts sociaux que les autres groupes d'âge et les personnes ayant un niveau d'instruction élevé également.

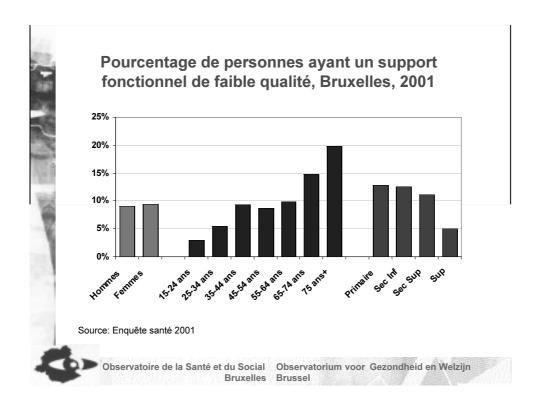
La situation est stable entre 1997 et 2001. On n'observe pas de différence significative avec les autres Régions.



9 % des bruxellois ont moins d'un contact social par semaine (contact avec des parents, des enfants, des amis ou des connaissances). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir peu de contacts sociaux.

Cette proportion augmente avec l'âge.

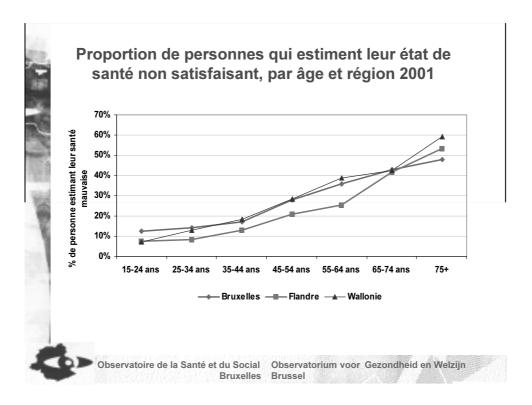
La proportion de personnes qui ont peu de contacts sociaux est significativement plus élevée à Bruxelles que dans les autres Régions.



Un support social fonctionnel est de bonne qualité lorsqu'il permet de combler les besoins affectifs, de procurer un sentiment de sécurité, de gérer des conflits, d'amortir le stress, etc.

A Bruxelles, 9 % des personnes n'ont pas de support social de bonne qualité. Il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes mais on note une augmentation importante avec l'âge et une relation inverse avec le niveau d'instruction.

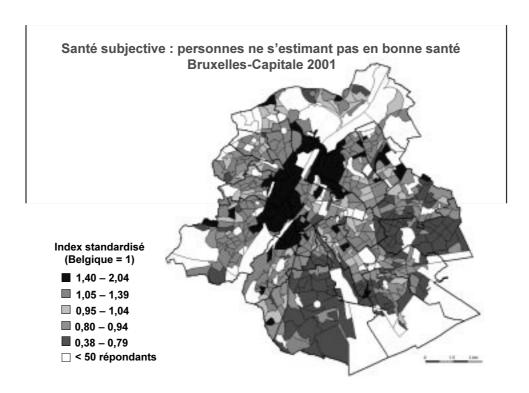
Il n'y a pas de différence significative avec les autres Régions.



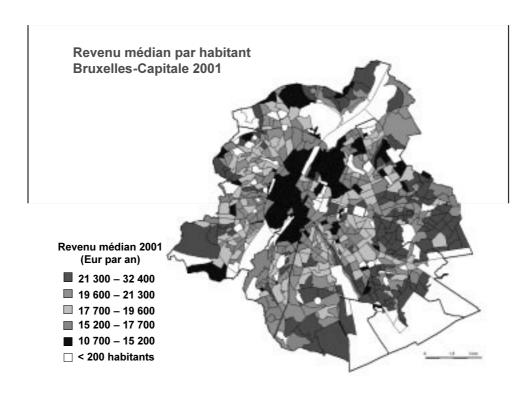
On pourrait appréhender la santé mentale au travers de la manière dont les personnes estiment elles-mêmes leur état de santé. On a vu que cette perception était fortement liée à d'autres indicateurs de santé mentale.

La proportion de personnes qui s'estiment en mauvaise santé (26 % des Bruxellois) ne diffère pas d'une Région à l'autre de manière générale mais on observe cependant des différences en fonction de l'âge. Les jeunes bruxellois se sentent plus souvent en mauvaise santé que les jeunes du reste du pays, l'inverse est vrai pour les personnes âgées.

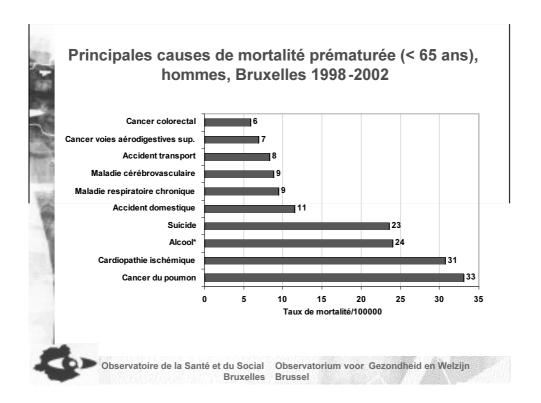
Ceci reflète fort probablement la précarité importante des jeunes à Bruxelles.



En effet, la perception de la santé est fortement liée aux conditions de vie. Cette carte montre en bleu foncé les quartiers où la proportion de personnes qui se disent en mauvaise santé est 1,5 à 2 fois plus élevée que dans l'ensemble du pays. Dans les quartiers en vert la proportion de personnes qui se disent en mauvaise santé est nettement plus faible que dans l'ensemble du pays.



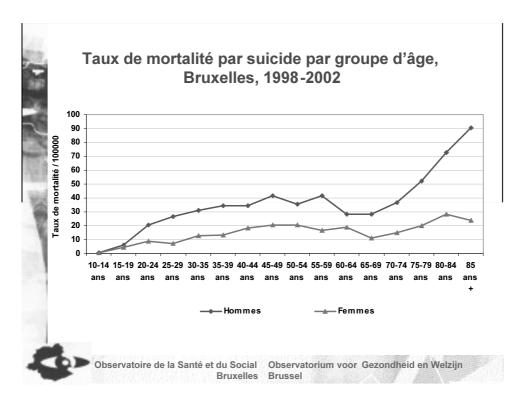
Cette carte se superpose très bien avec celle-ci qui reprend le revenu médian par habitant avec en bleu foncé les quartiers les plus pauvres et en vert les quartiers les plus riches.



La mortalité n'est certainement pas la manière la plus évidente d'appréhender les besoins en santé mentale. Les liens avec la santé mentale sont cependant évidents pour les principales causes de mortalité prématurées chez les hommes.



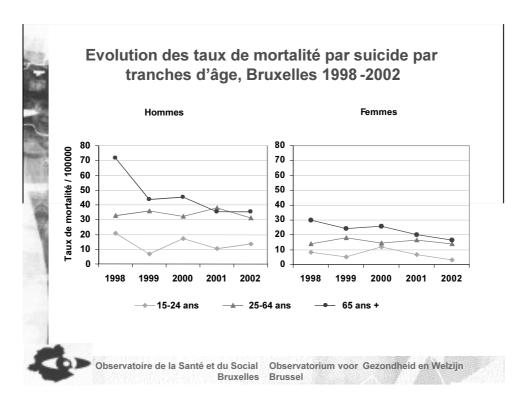
Pour les femmes, l'impact sur la mortalité prématurée est plus faible. On verra dans d'autres données également que malgré une fréquence plus élevée de certains problèmes et surtout une expression plus importante des plaintes, les femmes payent en général un prix moins lourd que les hommes en termes de conséquences vitales.



C'est le cas du suicide qui touche 2,3 fois plus les hommes que les femmes.

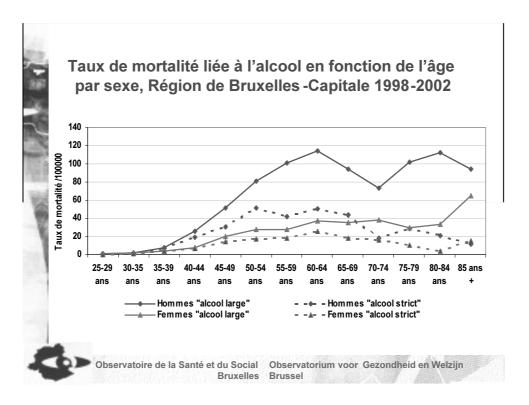
On observe ici que le risque de suicide augmente avec l'âge.

Si le risque de décès par suicide est faible chez les jeunes, il faut noter que entre 20 et 29 ans le suicide représente plus d'un quart des décès. Ceci est lié au faible nombre de décès dans cette tranche d'âge.

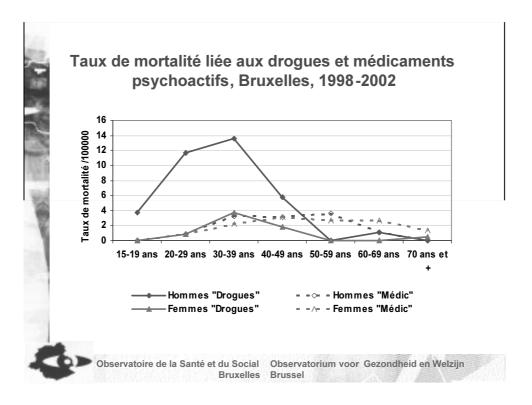


De manière générale, on note une tendance à la diminution des taux de suicide au cours de ces dernières années à Bruxelles.

On remarque que la diminution concerne surtout les suicides chez les personnes âgées et de manière moins nette chez les jeunes. Par contre les taux restent stables chez les personnes d'âge moyen.



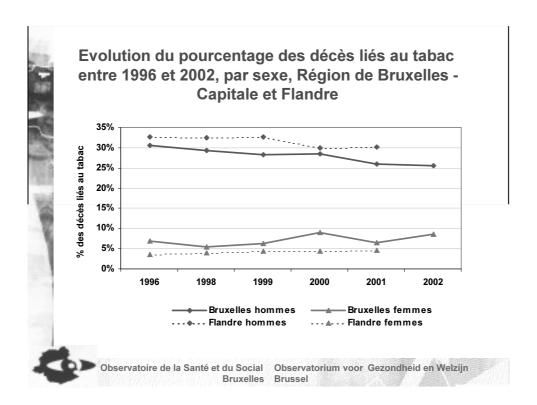
La mortalité liée à l'alcool est importante. Il n'est pas évident d'évaluer cette mortalité. Ici deux modes de mesures sont présentées : l'alcool « strict » ne prend en compte que les pathologies spécifiquement liées à l'alcool (cirrhose du foie, troubles mentaux, intoxication aigüe, etc.), tandis que l'alcool « large » prend également en compte les cancers des voies aérodigestives supérieurs qui sont liées à la fois à l'alcool et au tabac (souvent combinés). On ne tient pas compte des décès par accidents, homicides ou suicides pour lesquels l'alcool joue un rôle non négligeable.



C'est également difficile d'estimer le nombre de décès liés à l'usage de drogues psycho-actives. Comme pour l'alcool, l'usage de drogues peut être le co-facteur du décès dans un certain nombre de suicides et d'accidents. Il y a aussi des risques plus importants de développer des infections telles que l'hépatite B ou C ou le sida. Ici ne sont représentés que les décès spécifiquement liés à l'abus de substances psycho-actives illégales ou de médicaments (sédatifs, etc.).

Il s'agit essentiellement d'hommes jeunes (entre 20 et 44 ans) pour les drogues illicites. Pour les médicaments, les hommes et les femmes sont autant concernés.

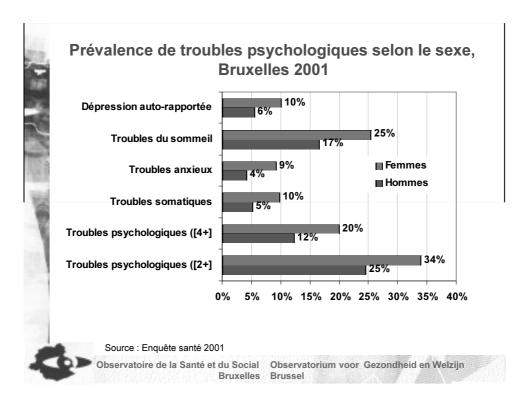
Cette mortalité n'évolue pas au cours des dernières années.



-42 -

Le tabagisme peut être considéré comme une « toxicomanie ». C'est certainement la dépendance qui a le plus grand impact sur la mortalité.

On note une diminution de la part des décès liés au tabac chez les hommes et une augmentation chez les femmes.



Pour ce qui concerne la morbidité, les principales informations proviennent d'enquête et en particulier de l'enquête de santé.

Selon cette enquête, 29 % des Bruxellois (1/3 des femmes et ¼ des hommes) présentent des difficultés psychologiques. Si on définit un score plus sévère (qui peut mieux correspondre à de réels « problèmes de santé mentale ») cela concerne 20 % des femmes et 12 % des hommes.

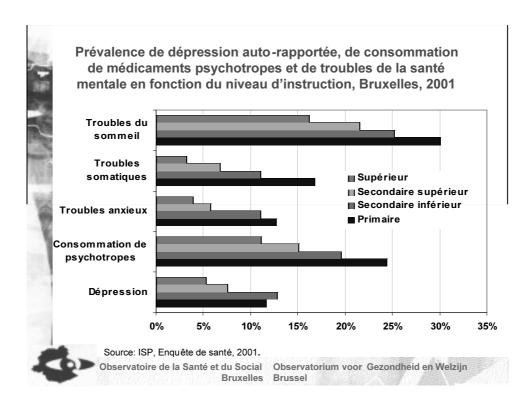
26 % de la population présente au moins un symptôme en relation avec la santé mentale: 21 % des Bruxellois présentent des troubles du sommeil, 7 % des troubles anxieux et 7 % des troubles somatiques.

8 % des bruxellois disent avoir souffert d'une dépression au cours de l'année écoulée.

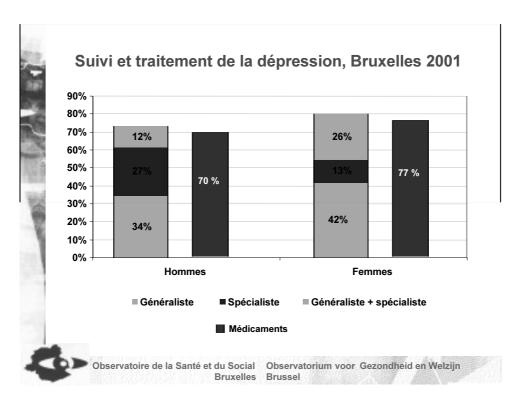
15 % de la population de 15 ans ou plus consomme des médicaments psychotropes (39 % des personnes de 75 ans ou plus).

Tous ces problèmes sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

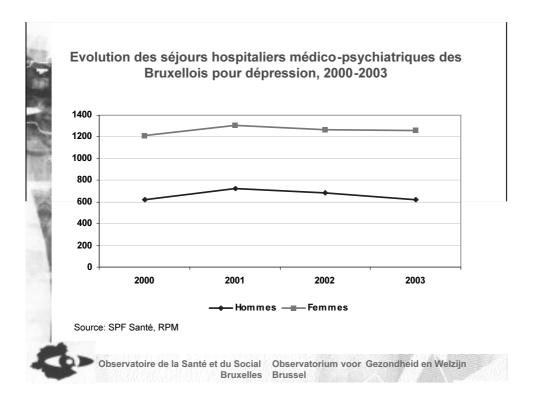
On n'observe pas de différences entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Wallonie. Les habitants de Flandre présentent par contre significativement moins de problèmes de santé mentale.



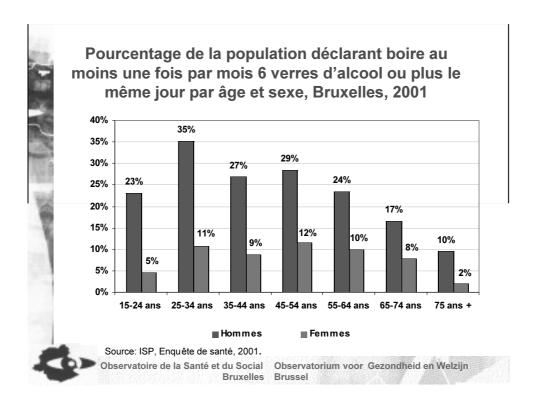
On observe des inégalités sociales marquées pour tous ces indicateurs de santé mentale (ici mesurées via le niveau d'instruction).



Parmi ceux qui disent avoir souffert d'une dépression, on observe que la dépression est moins souvent traitée chez les hommes (proportionnellement plus exclusivement par un spécialiste).



Plus de séjours hospitaliers pour dépression chez les femmes.

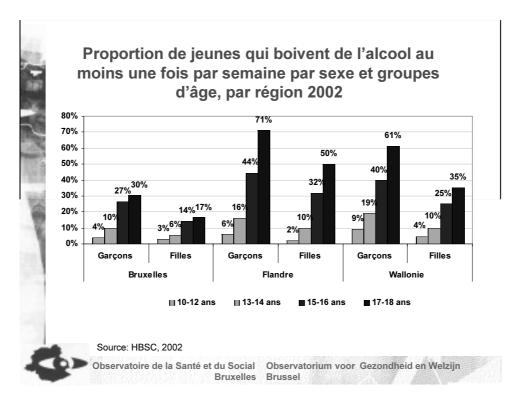


La consommation d'alcool est un phénomène social, un comportement qui ne relève ni de l'illégalité, ni même du « comportement à risque » pour la santé. On connaît en effet l'effet plutôt bénéfique d'une consommation modérée d'alcool.

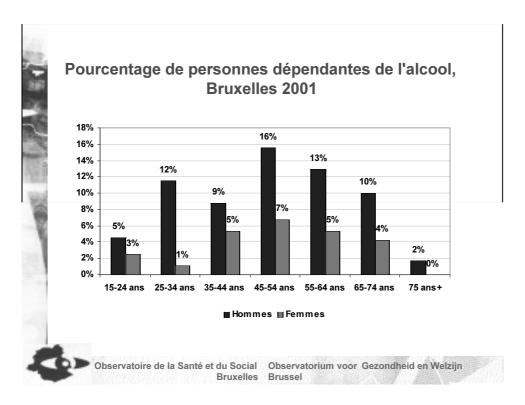
Il n'est donc pas facile sur base de données de consommation d'identifier les comportements qui présentent des risques pour la santé.

La consommation d'une quantité d'alcool importante en un laps de temps court peut avoir des conséquences nocives (accidents, passage à l'acte suicidaire, violence, et risque de dépendance si trop fréquent).

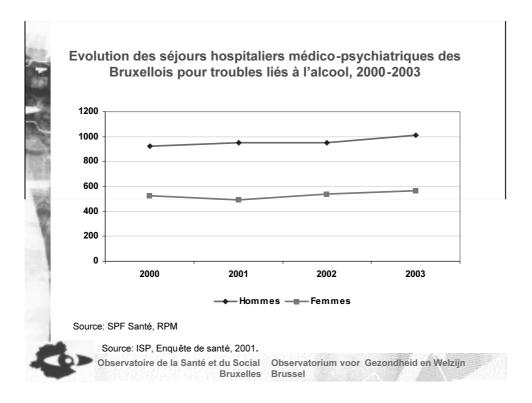
On constate que ce comportement est très fréquent chez les jeunes hommes.



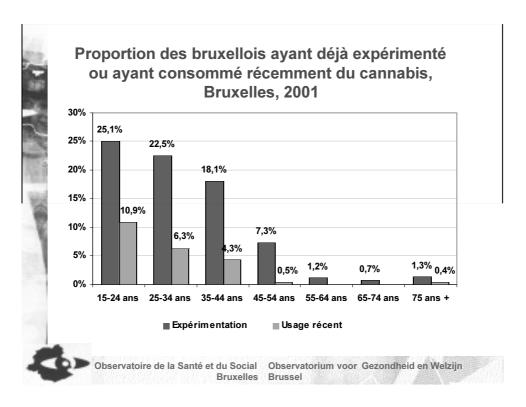
Une consommation trop précoce d'alcool présente également des risques. On observe que la consommation d'alcool chez les adolescents bruxellois est moins importante que dans les autres Régions. Le nombre plus important de jeunes de confession musulmane explique probablement ces chiffres.



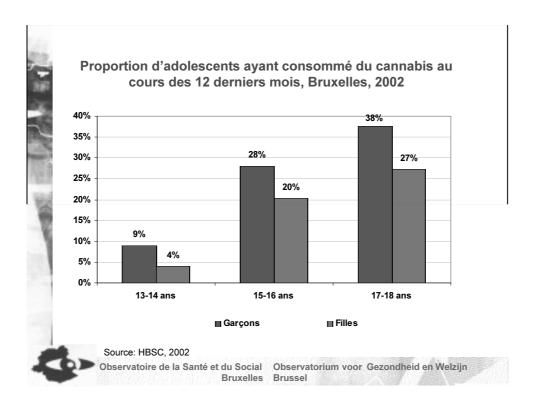
La dépendance à l'alcool constitue un réel problème de santé publique. 10 % des hommes et 4 % des femmes présentent une dépendance à l'alcool. Ces proportion varient fortement avec l'âge.



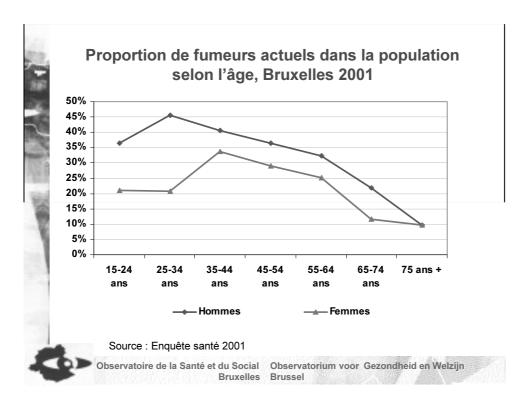
Plus de séjours pour problèmes liés à l'alcool chez l'homme – augmentation dans le temps.



L'expérimentation du cannabis concerne plus d'un quart des jeunes. La consommation récente est un meilleur indicateur de la proportion de consommateurs plus ou moins réguliers. Il s'agit de 11 % des jeunes. Cette proportion diminue rapidement avec l'âge.

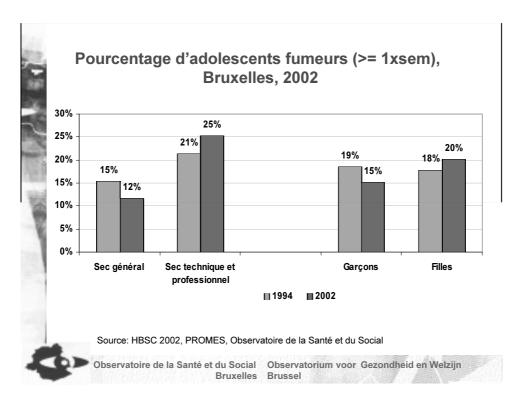


D'autres informations provenant d'une enquête menée dans les écoles bruxelloises donne des chiffres plus élevés. On constate que près d'un adolescent sur dix a consommé du cannabis à l'âge de 13-14 ans.

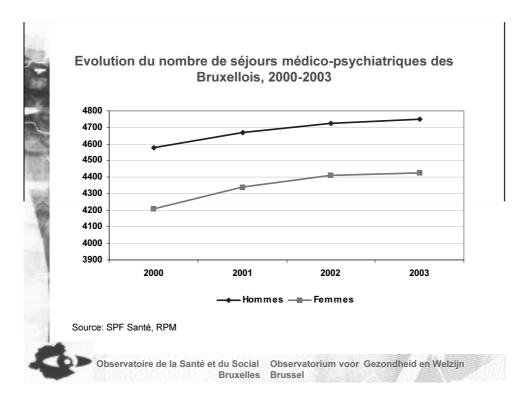


29 % des bruxellois sont des fumeurs réguliers. Cette proportion est la plus importante entre 25 et 35 ans chez les hommes, entre 35 et 44 ans chez les femmes.

Certaines études ont pu montrer que chez les jeunes, la consommation occasionnelle et récréative de cannabis pouvait être une voie d'entrée vers la dépendance au tabac.

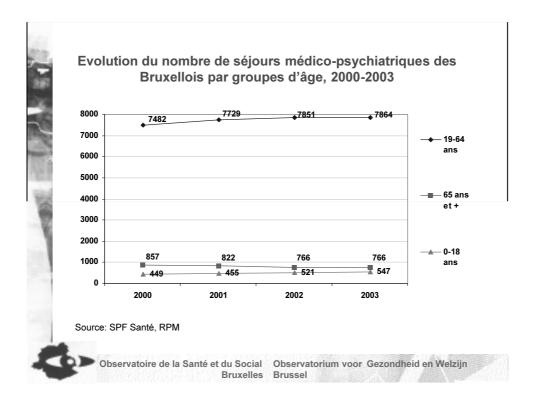


Le tabagisme chez les jeunes diminue dans l'enseignement général et chez les garçons mais augmente dans l'enseignement professionnel et technique et chez les filles.

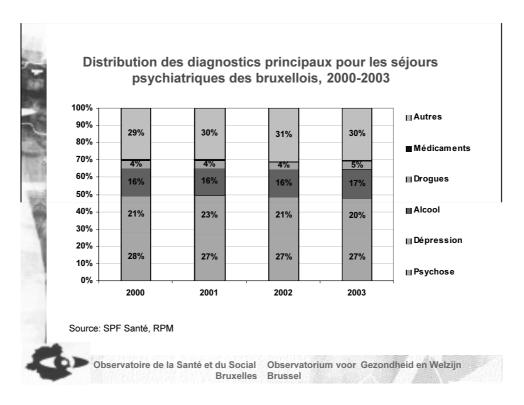


L'Observatoire ne dispose pas réellement de données sur la consommation de soins en santé mentale au niveau de la population. Dans l'enquête de santé 2001, 1,1 % des hommes et 1 % des femmes disaient avoir consulté un service de santé mentale au cours de l'année écoulée. Cette proportion est la plus importante chez les adultes (entre 35 et 55 ans).

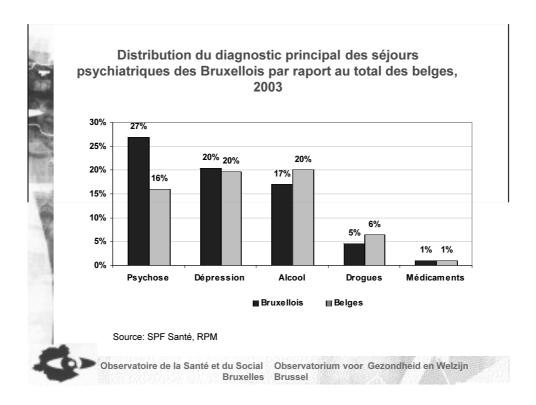
On observe une augmentation du nombre de séjours psychiatriques hospitaliers ces dernières années avec un nombre de séjours plus important pour les hommes.



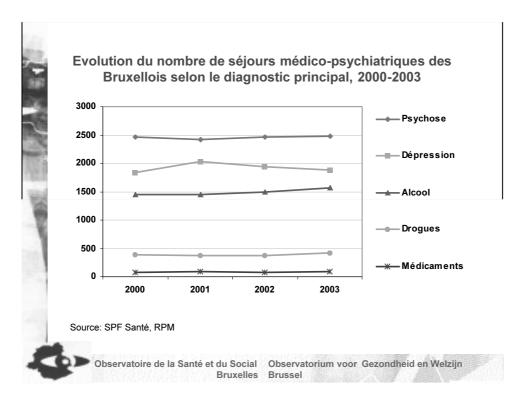
Séjours plus nombreux pour les personnes d'âge moyen et augmentation dans le temps (aussi un peu pour les jeunes).



Avec toutes les limites liées à l'utilisation des RPM, on peut observer que pour les Bruxellois le diagnostic principal le plus souvent lié à un séjour psychiatrique est la psychose (schizophrénie et autres). Une hospitalisation sur 5 est liée à la dépression et 1/6 à l'alcool.



Différences entre les Bruxellois et l'ensemble des Belges: la psychose est beaucoup plus fréquente parmi les diagnostics principaux d'hospitalisation (cfr littérature). On note un lien entre la fréquence de la psychose et en particulier de la schizophrénie et le fait de vivre dans une zone urbaine. Plusieurs études ont montré que c'est le fait de grandir dans une zone urbaine qui augmente les risques de développer une schizophrénie pour les personnes prédisposées. Différentes hypothèses sont avancées telles que les évènements stressants, la moindre cohésion familiale (on ne retrouve pas une telle association pour les autres problèmes de santé mentale comme la dépression par exemple). Moindre proportion d'hospitalisation pour problèmes liés à la drogue et à l'alcool.



Le nombre d'hospitalisations liées à l'abus d'alcool est en augmentation, pour les autres diagnostics, on ne note pas d'évolution claire.

La santé mentale à Bruxelles c'est :

- 200 suicides et 3000 à 4000 tentatives de suicides chaque année
- 225 décès liés à l'alcool chaque année et 54 000 personnes dépendantes de l'alcool (10% des hommes et 4 % des femmes)
- 64 000 personnes qui souffrent de dépression (10% femmes et 6 % des hommes)
- 125 000 personnes qui consomment des médicaments psychotropes (15 % de la population)
- 29 décès par an liés à l'usage de drogues illicites et 17 décès par an par intoxication aux médicaments psychotropes



En conclusion, voici quelques chiffres absolus qui peuvent aider à mieux appréhender les besoins en Région de Bruxelles-Capitale.

Evolution

- La proportion de personnes qui présentent des troubles psychologiques diminue entre 1997 et 2001
- La prévalence de la dépression est stable
- La consommation de médicaments psychotropes est en légère augmentation (NS après stand pour âge et sexe)
- -Le nombre de séjours psychiatriques augmente



Sur une courte période, on n'observe donc pas d'augmentation significative de la fréquence des problèmes mesurés via l'enquête de santé, par contre une augmentation de la consommation de médicaments et d'hospitalisations psychiatriques. A suivre et à approfondir....

Spécificité urbaine?

- La prévalence des problèmes de santé mentale n'est pas systématiquement plus importante à Bruxelles qu'ailleurs sauf pour quelques indicateurs.
- Il existe des spécificités liées aux caractéristiques de la population bruxelloise (isolement et solitude, multiculturalité, précarité, enfants et adolescents)



59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

6. Discussion générale

Mme Magda De Galan, présidente, remercie au nom de la commission le Docteur Myriam de Spiegelaere pour la qualité de son exposé et invite les membres à poser leurs questions.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) observe que l'ensemble des données des tableaux telles que présentées dans l'exposé font référence à des variables indépendantes telles que la nationalité, l'âge et le sexe et à des variables dépendantes telles que le tabac et l'alcool.

M. du Bus de Warnaffe se demande s'il existe des variables intermédiaires qui jouent un rôle régulateur et s'il est possible, dans le traitement des sources des données, d'établir des corrélations, des équations structurelles. A titre d'exemple, un support social de faible qualité entraîne-t-il un comportement de dépendance à l'alcool ? A partir de ces méthodologies, des hypothèses ont-elle pu être construites en vue d'améliorer le comportement de santé eu égard au tableau de bord de la Santé pour l'année 2004 qui lui semble toutefois peu catastrophique ?

M. Paul Galand (Ecolo) souligne la qualité du travail réalisé par l'Observatoire de la Santé et du Social. En effet, le gouvernement doit pouvoir s'appuyer sur des données scientifiques afin de mener à bien ses politiques.

Il demande à ses collègues parlementaires la plus grande vigilance et de continuer à défendre l'Observatoire de la Santé et du Social en tant qu'instrument scientifique qui permet d'éclairer au mieux les décideurs politiques, les acteurs de terrain et l'opinion en leur donnant une vision globale des problèmes liés à la santé mentale.

Il observe que le tableau de bord met en évidence l'importance des données démographiques.

Il se pose également la question de savoir comment les services de santé mentale s'adaptent aux besoins des personnes les plus âgées et s'interroge sur l'existence d'indicateurs pertinents des besoins en santé des personnes adultes et des enfants qui vivent dans un environnement défavorisé.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) demande si la méthodologie utilisée pour établir les chiffres du tableau de bord de la Santé est basée sur un échantillonnage ou des rapports de santé existants.

Existe-t-il une répartition de ces chiffres par commune suivant le type de quartier ?

Mme Rousseaux constate que l'étude contient très peu d'informations sur les problématiques des jeunes liées à la

consommation de drogues, d'alcool, de tabac ainsi qu'aux tentatives de suicide.

Elle observe encore que 9 % des personnes à Bruxelles ont moins d'un contact social par semaine et demande ce que recouvre la notion de contact social.

Mme Rousseaux souligne l'importance de ces études élaborées par l'Observatoire de la Santé et du Social qui sont déterminantes pour aider les personnes qui en ont besoin.

Mme Céline Delforge (Ecolo) demande si l'Observatoire de la Santé dispose d'informations relatives à la diminution des suicides chez les personnes âgées et de statistiques pour les pathologies liées au travail.

Elle souhaiterait également savoir s'il existe une évaluation du nombre des personnes qui ne recourent pas aux services de santé mentale pour des raisons purement financières.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) rappelle au même titre que M. Galand que le tableau de bord présenté par l'Observatoire de la Santé et du Social est un bon outil pour aider le pouvoir politique.

Elle souhaiterait savoir si l'étude a pris en compte une variable d'erreurs possibles dans la mesure où celle-ci ne tient pas compte d'une série de personnes qui se trouvent en irrégularité de séjour ou qui, de par leurs conditions d'existences précaires, sont amenées à fréquenter les services de santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

Mme Magda De Galan, présidente, demande s'il est possible d'évaluer cette « zone grise ».

Mme Souad Razzouk (MR) souligne l'importance des questions qui ont été posées et demande si la relation avec le substitut a été prise en considération dans le cadre de l'élaboration des critères subjectifs de l'étude tels que les dépendances liées au tabagisme et à l'alcoolisme.

Mme Magda De Galan, présidente, invite le Docteur Myriam De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social à répondre aux différentes questions des commissaires.

Mme De Spiegelaere répond à M. Paul Galand que des études qualitatives sont certainement très intéressantes et nécessaires mais que ces études sont souvent trop lourdes en termes d'analyses et de temps pour les moyens dont dispose l'Observatoire.

Elle déplore le manque de communication des recherches et études menées par les universités financées par la Région et demande au président du gouvernement, ici présent, M. Benoît Cerexhe, ministre en charge de la Santé, s'il est possible de remédier à ce problème afin que l'Observatoire puisse prendre connaissance de ces études et d'intégrer les données dans leur tableau de bord de la santé.

M. le ministre Benoît Cerexhe précise que des études sont actuellement financées par la Région de Bruxelles-Capitale et que l'effort de correspondance de ces études, entre les universités qui les font pour le compte de la Région et l'Observatoire de la Santé et du Social est un point qui sera prochainement inscrit à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la conférence interministérielle de la santé.

M. Paul Galand (Ecolo) se réjouit que l'Observatoire de la Santé et du Social a intégré des données venant du fédéral et souligne qu'il est essentiel que les études réalisées à Bruxelles à la demande des pouvoirs publics soient transmises à l'Observatoire.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) propose de déposer une proposition de résolution en ce sens.

Mme De Spiegelaere répond à Mme Jacqueline Rousseaux que l'Observatoire de Santé et du Social, via la Commission communautaire commune est responsable de la gestion des bulletins de statistiques de naissance et de décès et s'occupe, à ce titre, du dépouillement, de l'encodage et de l'analyse de ces données.

Elle informe que l'Observatoire analyse les données de mortalité dans un délai assez court, les analyses en cours portent sur les données de 2003.

Elle constate que les statistiques bruxelloises sont disponibles en même temps que les données de Flandre et bien plus rapidement que les données de Wallonie et se situent en bonne position sur le plan européen dans la publication des données relatives à l'analyse de la mortalité.

Il existe d'autres études telles que les enquêtes de santé nationales financées en partie par le fédéral et en partie par les Communautés et pour lesquelles l'Observatoire de la Santé et du Social finance un sur-échantillonnage afin d'avoir un échantillon représentatif de la population bruxelloise, à savoir que 3.000 personnes ont été interrogées dans le cadre de cette enquête.

En 2004, l'Observatoire a d'ailleurs financé une recherche réalisée par une université afin de s'assurer de la bonne représentativité de l'enquête Bruxelles Santé par rapport au recensement en vue de pouvoir tirer des conclusions pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Elle souligne que le travail de corrélation des variables individuelles représente un travail énorme qui continuera à être réalisé par la suite par des équipes au sein d'universités en étroite collaboration avec l'Observatoire.

Elle précise que trois enquêtes santé ont déjà été réalisées en 1997, en 2001 et en 2004.

Mme De Spiegelaere ajoute que l'Observatoire est maintenant rassuré quant à la bonne représentativité de l'échantillonnage bruxellois et que la prochaine étape sera d'investir dans l'analyse des données pour la nouvelle enquête santé.

Mme De Spiegelaere souligne que l'Observatoire finance en grande partie l'enquête santé et qu'il participe de manière active à la commission des commanditaires, au conseil scientifique et, via ces groupes, il participe également à l'élaboration du questionnaire de l'enquête.

Mme De Spiegelaere répond à M. Paul Galand qu'il est actuellement impossible pour le moment de croiser toutes les informations provenant des services et cela pour deux raisons, d'une part, l'aspect institutionnel (l'ensemble de ces services sont financés par différents niveaux de pouvoir, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française, la Vlaamse Gemeenschapscommissie, la Communauté française et l'Etat fédéral). L'Observatoire de la Santé et du Social, en tant qu'organisme dépendant de la Commission communautaire commune, ne peut exiger la communication de données rassemblées pour d'autres niveaux de pouvoir que celui de la Région de Bruxelles-Capitale.

Elle invoque d'autre part, la difficulté voire l'impossibilité du rassemblement de toutes ces données recueillies via des outils non standardisés dans des recueils d'informations qui doivent par la suite être standardisées.

Mme De Spiegelaere reconnaît la complexité du domaine de la santé mentale et qu'une réflexion est actuellement en cours. Elle informe qu'un colloque sur le thème d'évaluer l'évaluation des pratiques cliniques, psychothérapeutiques et psychosociales en institutions « Etat de la question en Belgique francophone aura lieu les 25 et 26 avril 2005 ».

Elle observe également que l'Observatoire de la Santé et du Social ne dispose pas de données en provenance des services des urgences des hôpitaux (il n'y a pas de RCM pour le passage aux urgences), des fédérations des associations des médecins généralistes. Elle souligne également l'importance des services sociaux où s'expriment de nombreuses souffrances psychologiques.

Elle se réjouit de voir que cette volonté de croiser les informations des différents niveaux de pouvoir est inscrite dans la déclaration gouvernementale du Gouvernement de la Commission communautaire française mais insiste sur l'importance de la méthodologie qui sera choisie en vue de rassembler ces données.

Mme De Spiegelaere répond à M. Paul Galand que les auteurs des enquêtes de santé ont pris le niveau d'éducation

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

comme indicateur du statut social mais qu'ils auraient très bien pu prendre une autre mesure, à titre d'exemple le revenu.

Elle ajoute que le politique ne doit pas se focaliser sur cet indicateur social qui ne constitue pas un objectif à réaliser en tant que tel.

Mme De Spiegelaere confirme à M. André du Bus de Warnaffe que les caractéristiques non fiables telles que la nationalité, le sexe et l'âge ne constituent pas en soi des facteurs de bonne ou de mauvaise santé mentale mais qu'il existe toute une série de variables modifiables tel que le comportement lié à l'usage de drogue, d'alcool, de tabac, etc. sur lesquels le politique peut agir.

Mme De Spiegelaere observe qu'il est très difficile de modifier les comportements qui ne résultent pas toujours d'un choix personnel mais qui sont influencés par l'environnement global.

Elle reconnaît la difficulté pour le politique d'agir, soit sur le comportement en tant que tel, soit sur les facteurs de l'environnement. Elle constate que le politique a parfois tendance à découper les études qui sont présentées par les professionnels du secteur et insiste pour que l'action politique reste globale.

Mme De Spiegelaere souligne l'importance du rôle des médecins généralistes qui sont les mieux placés, selon elle, pour mesurer l'impact de l'environnement sur la santé des patients.

L'Observatoire de la Santé et du Social a d'ailleurs déjà mené deux recherches/actions pour utiliser au mieux les expertises des médecins généralistes et analyser l'impact de l'environnement sur la santé et cite à titre d'exemple l'hypertension artérielle.

En réponse à Mme Magda De Galan, présidente, le Docteur De Spiegelaere confirme qu'il existe effectivement des réseaux de médecins vigies qui dépendent de l'Institut de Santé publique mais que l'Observatoire de la Santé et du Social ne peut malheureusement pas exploiter les données pour la Région de Bruxelles-Capitale.

En effet, les données ne représentent que 1 % des médecins à Bruxelles à savoir plus ou moins dix médecins pour Bruxelles qui ne sont pas renouvelés. Or, pour que les informations provenant de médecins vigies restent représentatives, il faut que ces médecins soient régulièrement renouvelés. Elle constate qu'il y a un énorme problème de non-reconnaissance du travail des médecins vigies en Belgique dans la mesure où ils ne sont pas rémunérés pour remplir cette mission qui leur prend énormément de temps.

Elle souligne que l'Observatoire de la Santé et du Social a déjà eu l'occasion de rencontrer les médecins généralistes dans le cadre de leur plate-forme « Hippocrate ».

Au vu de ces déclarations, Mme Magda De Galan, présidente, propose à la commission d'entendre lors d'une prochaine audition la Fédération des Associations des Médecins généralistes afin qu'elle puisse s'exprimer sur le sujet.

L'Observatoire de la Santé et du Social participe à un projet indicateur, dans le cadre du NEHAP (Plan Environnement – Santé) dont l'objectif sur un an est de faire l'inventaire des indicateurs santé et environnement qui existent et qui sont utilisables.

L'Observatoire a également demandé que parmi les deux études de cas qui seront menées dans le cadre de ce projet, une au moins porte plus spécifiquement sur les aspects urbains afin d'avoir des indicateurs qui correspondent beaucoup plus à la réalité bruxelloise.

Le Docteur De Spiegelaere précise qu'il n'est pas possible de faire de grandes études épidémiologiques sur un territoire aussi restreint que la Région de Bruxelles-Capitale et qu'il faut donc suivre de près la littérature existante pour découvrir des facteurs qui ont un sens dans le contexte bruxellois.

Elle observe que les résumés psychiatriques et les données de l'ISP qui n'auraient pas été publiés dans l'enquête santé ne relèvent aucune information en faveur d'une prévalence de la psychose en milieu urbain.

Le Docteur De Spiegelaere informe que certains services de santé mentale développent des projets autour de l'accompagnement des personnes souffrant de psychose.

Mme Magda De Galan, présidente, reconnaît qu'il est très difficile d'obtenir un bon échantillonnage sur base d'une population d'un million d'habitants et que l'échantillonnage idéal est, suivant les sondages de l'ISTERIS, à l'image de la population de la Communauté française à savoir entre 4 et 5 millions d'habitants afin de pouvoir déterminer des indicateurs relevants.

Elle souligne qu'il est plus intéressant de commencer la collecte et l'analyse des données qui existent à un niveau supérieur afin de faire des avancées significatives dans ce domaine.

Mme De Spiegelaere répond à Mme Jacqueline Rousseaux qu'il existe très peu de données sur la santé des enfants alors qu'il s'agit d'une population régulièrement examinée par les services de santé scolaire et pour lesquels il existe des données mais déplore la non-disponibilité de ces informations.

Elle précise que la Communauté française a développé un programme de recueil d'informations mais que celui-ci ne serait réalisé correctement selon l'avis des centres de médecine scolaire bruxellois dans la mesure où ce recueil leur demande un travail considérable sans faire l'objet actuellement d'un retour d'information qui leur soit utile.

Mme Magda De Galan, présidente, propose à la commission de déposer une proposition de résolution afin de rendre accessibles les études financées par les pouvoirs publics aux différents niveaux de pouvoir et de confier ainsi à l'Observatoire de la Santé et du Social le soin de rassembler l'ensemble des informations disponibles sur la santé des Bruxellois et de ses déterminants.

Le Docteur De Spiegelaere répond à M. Galand que l'Office National de l'Enfance (ONE) dispose d'une banque de données avec une équipe alors que la Communauté française n'a pas d'unité d'analyse identifiée, ce qui pose problème pour la collecte des informations provenant de la Communauté française.

Le Docteur De Spiegelaere répond à Mme Dominique Braeckman que la population en situation illégale fréquente les maisons médicales mais qu'il est très difficile de quantifier cette population.

En ce qui concerne les sans-abris, il est possible de faire des recherches locales par quartier.

Elle informe qu'à la réunion des commanditaires de l'enquête santé à laquelle elle a assisté, il était question de mettre au point un échantillonnage qui sorte du registre de la population et que ce projet est d'ailleurs à l'ordre du jour de la conférence interministérielle qui aura lieu en juin 2005.

Elle pense qu'il serait intéressant que le fédéral et les Communautés financent ensemble un échantillonnage spécifique pour ces populations méconnues avec l'aide des associations qui pourraient interroger sur la santé des détenus, des personnes abritées dans les maisons d'accueil, etc. afin de comparer ces populations marginales avec celles que l'on connaît mieux.

Le Docteur De Spiegelaere répond à Mme Jacqueline Rousseaux que l'enquête de santé est représentative pour la Région de Bruxelles-Capitale mais ne l'est certainement pas par commune dans la mesure où il n'existe pas d'échantillonnage représentatif par commune.

L'Observatoire de la Santé et du Social élabore des fiches par commune qui seront prochainement mises à la disposition du public via le site et qui reprennent l'ensemble des données du tableau de bord de la Santé qui peuvent être considérées comme pertinentes pour les communes.

L'Observatoire dispose également des causes de décès par commune et entre autres les causes de suicides, mais il faut être prudent quant à l'interprétation de ces causes de mortalité vu l'étroitesse de l'échantillonage statistique.

Le contact social vise l'ensemble des proches à savoir la famille, les amis, l'entourage mais peut viser également une aide familiale, une assistante sociale, une voisine si la personne interrogée dans le cadre de l'enquête estime que ces personnes entretiennent des relations d'amitié avec elle.

Le support fonctionnel se rapporte à un support efficace pour rencontrer différents besoins des personnes (soutien matériel, affectif, etc.).

A titre d'exemple, le questionnaire demande à la personne interrogée si celle-ci peut compter sur quelqu'un en cas de conflit et en cas de besoins.

Il s'agit donc plus, en l'espèce, d'un support opérationnel.

Le Docteur De Spiegelaere observe que des corrélations peuvent être faites entre un support social de faible qualité et le risque de dépression.

Le Docteur De Spiegelaere informe qu'il existe des études publiées en France par la DRECE qui montrent que cette problématique est liée à des facteurs complexes et notamment liée à certaines générations qui passent plus facilement à l'acte du suicide.

Elle constate chez les plus âgés une volonté très marquée de mettre fin à leur vie qui se manifeste avec plus de violence. Un suicide sur deux en Région de Bruxelles-Capitale aboutit chez les personnes âgées alors que chez les plus jeunes un suicide sur quarante aboutit.

L'Observatoire de la Santé et du Social ne dispose pas de données chiffrées quant aux pathologies liées au travail telles que le stress, le manque d'estime de soi, le harcèlement moral, etc. Il serait intéressant, selon elle, d'envisager un travail de collaboration avec la médecine du travail.

L'Observatoire de la Santé et du Social dispose de données pour l'ensemble des soins mais pas par catégorie de soins.

Le Docteur De Spiegelaere constate que l'hospitalisation est souvent tardive et que le patient exprime peu sa souffrance.

Elle estime que le renoncement de certaines personnes à se faire soigner est d'ordre financier mais qu'il est également d'ordre culturel.

Certaines personnes éprouvent des difficultés à exprimer leur souffrance personnelle à des professionnels de la santé.

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

Le Docteur De Spiegelaere confirme qu'il existe bien un lien entre la santé mentale et la précarité. La souffrance psychique augmente proportionnellement avec la précarité et les difficultés de vie d'une certaine population, cette augmentation importante de la souffrance liée aux conditions de vie n'est pas bien évaluée par les indicateurs existants. La traduction de cette souffrance en termes de santé mentale masque les multitudes d'autres formes de souffrance qui peuvent être liées à une perte de revenus, à une perte d'emploi, etc.

Le Docteur De Spiegelaere estime qu'une réflexion doit se faire au sein du pouvoir politique. Vers qui cette souffrance sociale doit-elle être exprimée, doit-elle être exprimée aux professionnels de la santé mentale ou vers le champ du social ? C'est le pouvoir politique qui doit, selon elle, prévoir les moyens financiers pour répondre à ce débat de société.

Plus particulièrement dans les écoles, elle constate que l'offre et la demande en santé mentale sont en constante augmentation.

Dans certaines écoles maternelles et primaires en Région de Bruxelles-Capitale, elle constate que plus de 50 % des enfants sont orientés vers une aide psychologique individuelle.

Elle trouve cette situation particulièrement inquiétante et se demande si le politique ne devrait pas trouver d'autres solutions pour répondre à ce malaise de la société bruxelloise.

L'enquête démontre effectivement une consommation de 35 % d'alcool parmi les adultes âgés entre 25 et 35 ans mais s'agit-il là pour autant d'un problème de santé mentale pour l'ensemble d'entre eux ? Le Docteur De Spiegelaere ne le pense pas et souligne qu'il est très difficile de tirer des conclusions dans la mesure où les analyses sont limitées par la méthodologie de l'enquête de santé.

Mme Magda De Galan, présidente, remercie, au nom de la commission, le Docteur De Spiegelaere pour la qualité de son exposé et clôture la discussion générale.

7. Exposé commun de M. Frédéric Willems, président de la Fédération des Services de Santé mentale bruxellois, et de M. Eric Messens, directeur de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale

En sa séance du 25 mai 2005, la commission a poursuivi ses travaux par l'audition de M. Frédéric Willems, président de la Fédération des Services de Santé mentale bruxellois, et de M. Eric Messens, directeur de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

De 1995 à 2005, dix ans d'application du décret « Santé Mentale »

1. La Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (FSSMB)

M. Frédéric Willems, Président de la Fédération des Services de Santé Mentale bruxellois, présente aux commissaires les appréciations des équipes des Services de santé mentale (SSM) concernant un décret qui fut promulgué il y a dix ans déjà.

Au moment de l'élaboration du décret, 16 services étaient reconnus et la FSSMB n'existait pas. Aujourd'hui, ils sont 21 services à bénéficier d'un agrément et tous sont membres de la Fédération.

A la fin de l'année 1998, la Fédération des Services de santé mentale bruxellois (FSSMB) s'est structurée comme association de fait au sein de la Ligue bruxelloise pour la santé mentale, organe de coordination des services de santé mentale, afin d'intensifier la représentation, auprès des pouvoirs publics, des services et cela au bénéfice de l'ensemble du secteur, nécessité qui avait connu jusque-là des destins divers.

Plusieurs éléments expliquent la diversité dans les engagements politiques des services. Parmi ceux-ci, citons les trois suivants qui, selon M. Frédéric Willems, éclaireront leurs appréciations.

Les services sont des initiatives privées, ils ont parfois subi de longues périodes de précarité avant d'être reconnus ou financés. Généralement, ils estiment ne devoir leur existence qu'à eux-mêmes, avec pour conséquence une relative tradition d'individualisme demeurant au sein du secteur.

- 1. Les équipes sont constituées de praticiens motivés par le travail clinique. Pour se valoriser, ils ont souvent consenti de gros efforts de formation personnelle. Ils sont peu habitués aux questions politiques, connaissent assez mal les contextes institutionnels. Les stratégies de discussions politiques ne sont pas leur domaine d'élection.
- 2. L'engagement politique demande du temps et de l'énergie. Les petites équipes sont souvent obligées de déclarer forfait car elles n'ont pas d'effectifs de personnel à mobiliser sur « ces missions qui se font au détriment du travail clinique ».

Au cours de l'année 2000, La FSSMB a réalisé, en collaboration avec la Ligue et pour le compte de la Commission communautaire française, un état des lieux de l'activité du secteur des services de santé mentale bruxellois francophones. Ce rapport fut déposé en juin 2001 et publié dans le numéro 17 des Cahiers de la Santé de la Commission com-

munautaire française sous l'intitulé « Actualités en santé mentale ambulatoire ». Son chapitre II était entièrement consacré au décret et à son appréciation par le secteur.

Pour construire cette intervention, M. Frédéric Willems a demandé aux services de réactualiser les appréciations qu'ils formulaient il y a cinq ans environ.

2. Le décret du 12 avril 1995

Avant d'examiner les appréciations des équipes sur ce texte de réglementation, l'orateur propose un premier commentaire de fond sur les motivations, contenus et apports de celui-ci. Prenant comme référence l'arrêté de 75, puisque le décret, en le remplaçant, s'inscrit dans sa continuité.

Le décret n'est pas un texte fondamentalement novateur, comme l'était l'arrêté de 75. Il s'agit plutôt d'un texte d'adaptation de la réglementation à l'évolution des services, des besoins de la population et du paysage institutionnel belge. C'est d'ailleurs dans le sens d'une adaptation que plaidait Madame Lydwine Verhaegen en conclusion du chapitre consacré aux services de santé mentale dans son étude sur les perspectives de la politique bruxelloise de la santé mentale (1991).

Les dispositions prévues dans le décret ne transforment pas en profondeur les pratiques des services. L'arrêté de 75 leur avait déjà donné leur statut et leur spécificité dans le champ de la santé mentale lorsqu'il évoque comme motivations : « Considérant que, dans l'intérêt de la santé de la population, il y a lieu d'intensifier l'action en faveur de la santé mentale des enfants, adolescents et adultes, ... [...]... cette action peut être menée, avec le souci d'éviter l'hospitalisation, par des services spécialisés de traitement et de prévention des troubles psychiques, ... [...] il y a lieu d'encourager... [...] ... les services qui exercent cette action pour autant qu'ils offrent les garanties d'organisation, de fonctionnement et de coordination avec d'autres services concernés par les problèmes de santé mentale... ».

Pour reprendre la formule de M. Thierry Lahaye, le décret confirme les services comme « ... maillon fort d'un réseau ambulatoire devenu un pôle majeur de développement sanitaire ».

L'intérêt du décret est avant tout d'apporter des précisions et des compléments aux missions, de mettre l'accent sur certaines orientations dans le travail, enfin – et ce n'est pas la moindre amélioration – de garantir et de stabiliser les moyens financiers.

Quels sont les principaux apports?

Les services sont décrits comme généralistes. Ils ne sont pas agréés pour répondre aux besoins de catégories-cibles.

Les missions sont générales. Elles reprennent celles de l'arrêté de 75 : diagnostic/traitement psychiatrique, psychothérapeutique, psychosocial, et activités de prévention. L'accent est mis sur l'obligation de recevoir, et le cas échéant, d'orienter la demande de tout consultant sans aucune forme de discrimination.

Le texte introduit la notion d'accueil. L'accueil est une des 4 fonctions assurées par l'équipe pluridisciplinaire, elle est associée au secrétariat.

Dans les missions générales, le décret stipule que le service organise ou collabore à des activités de prévention. Il est aussi précisé que « ... le service peut en outre développer des projets spécifiques ».

Bien qu'aucune définition ne soit apportée sur ce que recouvrent exactement les notions de prévention et de projet spécifique, une description différenciée est faite dans le décret, sans toutefois qu'il soit possible de distinguer clairement ce qui relève de l'une ou l'autre des deux activités.

- La visée sociale du travail est mise en évidence, et la réinsertion sociale fait partie des objectifs de prise en charge.
 Dans cette perspective, le travail extra muros, au domicile ou sur le lieu de résidence des patients est encouragé.
- En regard de l'arrêté de 75, une grande importance est attribuée au travail de coordination. L'équipe est tenue d'associer au traitement du patient tous les professionnels ou les services susceptibles d'être concernés. Le décret parle de travail « en réseau ». Pour y motiver les équipes, le texte préconise une culture de travail en réseau inscrite en aval des prises en charge, mais également en amont. A cet effet, il faut retenir que « ... le service est tenu de participer activement à la structure de partenariat local, ou, si celle-ci fait défaut, de veiller... à instituer une initiative semblable... [], et entreprendre des démarches pour établir des accords de partenariat avec les personnes, institutions et services... situés sur son territoire... ».

Il est demandé aux services de santé mentale de conclure des conventions de collaboration avec leurs partenaires.

 Le décret garantit un équivalent temps plein pour chacune des 4 fonctions de l'équipe minimum de base : psychiatrique, psychologique, sociale et accueil/secrétariat.

De surcroît, le texte prévoit la possibilité d'agréer une équipe pluridisciplinaire minimum spécialisée dans la prise en charge des enfants et des adolescents : un demi temps plein de travail pour la fonction pédopsychiatrique et deux trois quarts de temps plein pour les fonctions psychologiques et sociales.

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

- On peut constater à tous égards, une réelle volonté de stabilisation des moyens. D'une part, les équipes bénéficient d'un agrément pour un terme de 5 ans. D'autre part, les services sont assurés d'une équipe conventionnelle de base, d'un montant fixe de frais de fonctionnement et d'une partie variable adaptée à leur développement et aux projets agréés par la Commission communautaire française. Le coût des rémunérations est établi en fonction des échelles barémiques référées à l'annexe I non marchand appliquées au personnel relevant de la commission paritaire 305/2, de la reconnaissance des anciennetés et d'un coefficient multiplicateur.
- Des permanences doivent être organisées et faire l'objet d'une information auprès de la population et des services médico-sociaux du territoire.
- Une fonction de coordination générale du service apparaît à côté de la fonction de direction médicale, celle-ci peut être remplie par un non-médecin.
- La constitution d'un Conseil de Santé Mentale au sein du service, prévue par l'arrêté de 75 est une disposition qui n'est pas reprise comme telle.

Le décret demande qu'une concertation soit organisée, une fois par trimestre, entre le pouvoir organisateur et le personnel du service. Cette concertation porte essentiellement sur les objectifs, l'organisation et le fonctionnement, les engagements de personnel, les aspects liés à l'agrément, et les modalités de coordination avec le réseau sociosanitaire.

- La réglementation du décret instaure la remise annuelle d'un rapport d'activités et d'un relevé de données anonymes concernant la patientèle et les prestations dont elle a fait l'objet. Aucune autre méthodologie d'évaluation n'est établie, en dehors de cette disposition.
- A plusieurs passages, le texte du décret fait référence à la notion de territoire : à propos de la population, des projets de prévention ou spécifiques, du travail en partenariat, etc.

La notion de territoire est définie, dans l'arrêté d'application du décret (art. 20). Il s'agit :

- soit d'une commune;
- soit d'une zone définie, rue par rue, limitée à un rayon de 5 km autour du siège d'activité pour une population comprise entre 25.000 et 100.000 personnes.
- Le souci d'encourager la coordination a également motivé la Commission communautaire française à octroyer une subvention à un organisme fédérateur des services de

santé mentale : celui-ci a pour mission de représenter les services, de stimuler leur intégration dans une dynamique de réseau et d'organiser et coordonner des activités de promotion en santé mentale.

3. Les appréciations du décret

M. Frédéric Willems expose les appréciations actualisées du décret par les équipes des services. Pour la facilité du commentaire, sont repris les points de vue récurrents qui sont répartis dans deux rubriques : appréciations négatives et appréciations positives. L'intention étant de faire apparaître les principales tendances d'opinion du secteur.

Appréciations négatives :

 Tous les services reconnaissent que le décret a apporté aux équipes une stabilisation du cadre agréé, mais que cette stabilisation est mise en péril par une insuffisance de la prise en compte des frais de fonctionnement.

En effet, le sous-financement des frais de fonctionnement auquel tous les services sont confrontés est encore aggravé selon la taille des équipes, le nombre de sièges, les obligations architecturales ou de sécurité et le coût croissant des charges.

Les services qui ont cherché et obtenu, pour développer leur projet, des moyens complémentaires hors Commission communautaire française sous la forme de contrats ACS ou Maribel, se voient également lourdement pénalisés par l'obligation, relative à l'application du décret et des accords du non-marchand, de compenser, sur fond propre, la différence salariale qui n'est pas subventionnée par les pouvoirs publics.

En 2000, le rapport sur l'évaluation de l'activité des services de santé mentale faisait état d'une proportion de 29 % d'équivalent temps plein non Commission communautaire française dans les effectifs de personnels globalisés des services.

Depuis plusieurs années, les coûts d'exploitation sont nettement supérieurs aux moyens reçus et certaines situations de trésorerie sont préoccupantes.

Ce déficit structurel, les services ont cherché à le combler, en partie, par les psychiatres qui déjà tenus à s'autofinancer partiellement par le produit de leurs consultations, se sont vus progressivement assignés à un rôle de « vaches à lait » des services. Réduit à ne plus faire que de la consultation, leur participation à des activités non rentables de prévention et de coordination a été compromise.

Si la Fédération insiste sur ces conséquences du décret, c'est bien sûr parce que, dans ces conditions, aucun service ne pourra à terme faire face à ces difficultés sans devoir prendre des mesures drastiques au dépend de l'offre, mais c'est également pour mettre en évidence comment les effets de certaines réglementations du décret peuvent à l'épreuve du temps et des contingences, concourir à un étranglement financier qui infléchit, par nécessité, la politique de travail des équipes en favorisant le modèle de la consultation là où l'intention du législateur était de promouvoir une diversité de mission générale en santé mentale ambulatoire.

- La fonction de coordination a été reconnue à côté de celle de direction médicale. Cette reconnaissance est considérée comme un plus. Malheureusement aucune de ces deux fonctions ne fait l'objet d'un financement. Concrètement, les équipes sont obligées de puiser sur le temps clinique pour les assurer. Dans tous les cas, le coût est considérable. La majorité des services estiment que la coordination et la direction médicale devraient être reprises parmi les fonctions de base, avec des équivalents de temps au prorata du volume de l'équipe.
- De l'avis de tous, la charge administrative est, depuis l'adoption du décret, beaucoup plus lourde. Les dispositions prises obligent à une bureaucratie dont les équipes se passeraient volontiers. « La paperasserie est devenue notre lot quotidien ». Cette diminution du temps à consacrer au travail clinique s'est encore accentuée avec la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail et de l'embauche compensatoire.
- Le nombre d'équivalents temps plein (E.T.P.) calculé pour l'équipe minimum est jugé insuffisant. Les petites équipes (entre 4 et 5 E.T.P.), considèrent que l'accomplissement des missions générales ne peut être correctement garanti avec ce minimum de personnel.

Assez souvent, les 4 E.T.P. de base sont répartis sur des postes à temps partiel. En conséquence, ces équipes limitent essentiellement leur activité à de la consultation, au détriment des autres missions ; les activités de prévention, de coordination, le travail de réseau, les projets spécifiques consomment trop de temps et réclament des prestations de plus longue durée que ne le permettent les temps partiels. Le travail en équipe est aussi plus difficile, les travailleurs « ne font souvent que se croiser dans le service », l'accueil et les permanences sont difficiles à organiser, le travail à domicile est « ... un luxe qu'on ne peut pas se permettre ».

 En 2000, il avait été signalé que si l'on tient compte du nombre d'E.T.P. moyen dans les services (8,13 E.T.P. ou 7,21 E.T.P. si l'on excepte dans le calcul le poids important d'un service universitaire), 12 services sur les 21 agréés sont en dessous de cette moyenne, 9 services n'atteignent pas les 6 E.T.P. et 8 services se situent entre 4 et 5 E.T.P.

Il s'agit donc d'une difficulté structurelle qui touchait plus de 40 % des services. Cette disparité n'a pas été réduite malgré les quelques extensions de personnels obtenues depuis.

Un article de la réglementation stipule que les équipes concluent des conventions de collaboration avec leurs partenaires. A l'expérience, cette mesure est jugée contreproductive. Ces conventions ne signifient pas grand chose. « Certaines équipes en ont fait signer tous azimuts pour se débarrasser de l'obligation administrative ». Les partenaires n'en voient pas toujours la nécessité, refusent ou se méfient. Ces conventions ne reflètent pas l'idée que se font les services des réseaux : pour être efficaces, les réseaux sont dynamiques, ils évoluent, il est inutile de les figer sur du papier. « Travailler en réseau, c'est une conception, une approche qu'on questionne et qu'on adapte régulièrement avec le partenaire. Les conventions stérilisent les réseaux ».

- Le texte du décret ne permet pas de faire précisément la différence entre projets de prévention et projets spécifiques. Tels qu'ils sont décrits, les projets spécifiques n'appartiennent-ils pas à la catégorie des activités préventives ? La prévention, elle-même, est un concept qui réclame une définition plus consensuelle, pour ne pas être le fourre-tout qui justifie n'importe quel projet. Plusieurs équipes pensent qu'un peu plus de rigueur sur la conception de la prévention ne serait pas inutile et permettrait aux équipes de mieux cibler l'adéquation de leurs activités et de les inscrire dans un ordre de priorité tenant davantage compte d'impératifs de santé publique. D'un autre côté, les projets spécifiques pourraient opportunément s'ouvrir à la possibilité d'explorer d'autres modèles de penser en santé mentale qui, par voie de recherche-action, font appel à des acteurs qui ne sont pas nécessairement repris dans le cadre des fonctions complémentaires telles que précisées dans le décret.
- Les fonctions de secrétariat et d'accueil sont indifférenciées dans le texte du décret. En pratique, cela pose des problèmes, la fonction d'accueil étant dévolue aux secrétaires. La formation des secrétaires ne les destine pas au travail d'accueil que les services considèrent comme « une vraie mission clinique ». La FSSMB a mis en avant l'accueil parmi ses revendications prioritaires dans un sens qui a plus à voir avec l'accessibilité qu'avec une admission humanisée. La Région de Bruxelles-Capitale est une grande ville qui concentre des problèmes et des publics nouveaux pour lesquels l'accès aux soins ne se règle pas de façon évidente à partir d'une offre classique de places en consultation, mais au contraire impose de

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

repenser l'accessibilité des soignants en promouvant des démarches novatrices intra-muros et extra-muros pour les publics exclus, marginaux, voire clandestins, et vers les lieux où se logent des souffrances peu médiatisées.

Enfin, d'aucuns déplorent l'absence de dispositions décrétales suffisantes qui marquent l'intention de penser une politique de santé mentale au niveau thérapeutique ou préventif par la concertation et la collaboration entre les pouvoirs régionaux, communautaires et fédéraux.

Appréciations positives :

 Le texte du décret est apprécié car ses termes sont suffisamment « larges ou généraux pour accueillir les pratiques de toutes les équipes ». Aucune d'entre elles n'estime avoir été contrainte dans son activité générale.

Plusieurs services signalent que le décret ratifie une orientation, une « philosophie de travail » en santé mentale : travailler dans le cadre du décret, c'est opter pour un choix alternatif en psychiatrie, pour un modèle « non médicalisant »

La réglementation du décret a permis une structuration et une meilleure visibilité de l'activité ambulatoire en santé mentale. Le sentiment d'identité des services et d'appartenance à un secteur spécifique s'en trouve renforcé. Ils sont nombreux à trouver que le texte accentue avantageusement le caractère public des missions dévolues aux services.

- La stabilisation des équipes a été obtenue par l'adoption du décret. Cette stabilisation est reconnue à plusieurs niveaux : équipe minimum, agrément quinquennal, augmentation de certains E.T.P. (généralement sur la fonction psychiatrique ou secrétariat-accueil), régularité des subventions, etc.... Elle permet d'organiser le travail dans la durée, sur un mode non aléatoire et « n'oblige plus à descendre dans la rue pour garantir le travail du lendemain ». Depuis l'année 2002, l'abandon de la rétrocession de 2/5è des recettes du personnel non médecin à la Commission communautaire française, le financement des frais de formation continuée à concurrence de 1 % de la masse salariale et l'amélioration de la reconnaissance des anciennetés ont permis de réduire le déficit structurel lié aux frais de fonctionnement insuffisamment rencontré des services sans pour autant y apporter une solution com-
- Le décret consacre l'existence d'équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des enfants et des adolescents, répondant ainsi à la demande du secteur. La FSSMB s'est fait l'écho de la mise en évidence d'un besoin important en ce domaine, de l'utilité préventive d'y déve-

lopper une action ciblée et du constat de carence dans le dispositif d'offres de soins pour les enfants et les adolescents sur Bruxelles. Parmi ses axes de revendication, la FSSMB a donné la primauté au renforcement des équipes enfants et à la reconnaissance des équipes adolescents. C'est sous sa recommandation qu'au cours des années 2003 et 2004, les équipes enfants agréées sont passées de 7 à 12 et que des moyens complémentaires ont été attribués à deux équipes pour le développement d'une clinique spécifique à l'adolescence. Cette politique d'agrément inachevée reste prioritaire, pour la FSSMB.

- Les services apprécient l'accent mis sur certaines orientations du travail : l'accueil repris comme une mission de base, la dimension sociale des interventions, l'obligation d'activités de prévention et la faculté de constituer des projets spécifiques, l'importance donnée aux partenariats et à la coordination.
- Le texte du décret apporte une formalisation des missions.
 Il oblige à plus de clarté, à un fonctionnement dans la transparence et à une meilleure gestion financière.
- La limitation des moyens octroyés par agrément est perçue par certaines équipes comme une ouverture bien obligée vers d'autres modes de financement. Ces équipes considèrent cette situation comme stimulante car elle ménage une forme d'indépendance par rapport à l'autorité subsidiante et les engage dans une diversification de leurs activités, établie sur des critères internes.

4. En conclusion.

Comme l'arrêté de 75 l'avait fait déjà, le décret de 95 donne un statut aux services et les inscrit dans une perspective sanitaire ambulatoire orientée par les notions de proximité et de coordination. Le décret renforce nombre des dispositions introduites par l'arrêté de 75. Il met particulièrement en avant les pratiques d'intervention partenariale et la participation des services aux réseaux sociosanitaires. Plusieurs dispositions visent à l'amélioration de l'accessibilité aux soins et de l'accueil.

La définition « généraliste » des services confirme leur caractère de prestataires en santé publique au service de l'ensemble de la population. Cet effort s'inscrit à contre-courant des initiatives spécifiantes, qui adaptent toujours l'offre à des catégories de problèmes et concourent de la sorte à construire des groupes-cibles.

A l'instar du texte de l'arrêté de 75, celui du décret de 95 donne essentiellement un cadre légal d'activité aux services. Globalement, on peut considérer que c'est un cadre intéressant car, tout en imposant des critères objectifs de fonctionnement, il se révèle assez peu contraignant. Il laisse une

marge d'interprétation et de manœuvre à chaque entité. Le décret établit un profil des services, sans chercher à uniformiser leur pratique. Il institue une structure générale de travail mais ne détermine aucun programme précis et ne prévoit pas de méthodologie d'évaluation de la pertinence de l'activité. Pour le dire de façon imagée, le décret détermine une architecture collective et permet à chaque service d'habiter sa maison comme il le veut, préservant, en cela, la liberté créatrice qui les a fait naître.

Cette situation s'explique historiquement. Le décret ne préexiste pas aux services de santé mentale, c'est l'inverse!

C'était déjà le cas avec l'arrêté de 75. Ces textes ont toujours entériné l'existence des services et statué sur des missions qu'ils avaient eux-mêmes largement contribué à instaurer et expérimenter au fil de leur histoire. Les pratiques ambulatoires sont une invention du terrain, elles sont issues de l'expérience privée et ont fait, après coup, l'objet d'une volonté de réglementation de la part des autorités de tutelle.

Le réseau des services de santé mentale n'est pas directement le fruit d'une planification et d'une programmation de type offre/besoins. Comme le faisait déjà observer Mme Lydwine Verhaegen dans son étude (1991), « ... de petites équipes se sont constituées... autour de projets alternatifs... ». Certains services de santé mentale ont des origines très lointaines et sont le résultat de la transformation des dispensaires d'hygiène mentale, dont la création des plus anciens remonte aux années 20.

Ceci explique l'esprit d'indépendance et l'habitude d'autodétermination propre aux services. On comprend aisément qu'il y ait autant d'hétérogénéité entre eux. Leur diversité tient beaucoup à l'histoire de leur constitution.

Les textes de réglementation ont eu pour objectif d'instaurer les missions et les moyens d'un secteur favorisant la désinstitutionalisation psychiatrique dans un premier temps, et promouvant ensuite un modèle d'intervention de proximité. Ces réglementations successives sont assez exemplaires puisqu'elles ont réussi à donner un cadre légal pour toutes les équipes sans briser leur esprit de créativité. Les autorités ont réglementé avec un souci de réserve.

Pour les services, le bénéfice est le maintien, dans une large mesure, d'un principe d'autodéfinition. C'est un avantage incomparable dans un secteur d'activités où la qualité des interventions est étroitement corrélée à la liberté des opérateurs.

Le prix de cette autonomie est l'absence relative de définitions propres à ce secteur, en termes de santé publique. Aucune action d'ensemble n'est prévue.

Pour le secteur de la santé mentale ambulatoire, jusqu'en 2001-2002, il n'existait pas vraiment de concertation entre

décideurs et intervenants de terrain sur une programmation de politique de santé mentale régionale. Chaque service est libre de définir son projet général et d'établir son programme local. Cette liberté est appréciée et doit certainement être maintenue. Par contre, depuis l'avènement de la FSSMB, il faut bien observer que les services se sont engagés dans une suite de réflexions visant à proposer un plan de priorités établi à partir de critères internes et externes pour l'ensemble du secteur.

Ces dernières années ont vu la publication d'un nombre croissant de réflexions de santé publique consacrées aux caractéristiques d'une grande ville comme Bruxelles et à l'évaluation des problèmes psychosociaux qui s'y logent, mais assez peu sont dédiées à la détermination des besoins qui requièrent spécifiquement l'intervention du secteur de la santé mentale.

C'est, d'ailleurs, dans cette perspective que la FSSMB et la Ligue ont été les chevilles ouvrières du lancement du processus des Assises de l'Ambulatoire, temps de rencontre et de concertation entre tous les acteurs du terrain, de l'administration et du politique des secteurs du social et de la santé de la Commission Communautaire Française, sur trois thématiques : l'accueil, l'évaluation et la transversalité.

En santé mentale comme dans d'autres domaines, il est normal que les compétences et les missions soient aussi établies à partir d'objectifs publics qui font consensus. Ceux-ci peuvent bien évidemment se situer au-delà des nécessités locales. Il n'est pas impossible qu'ils mettent en évidence des besoins non couverts par les pratiques habituelles des services. La responsabilité publique peut consister à établir une hiérarchie de priorités, dans l'éventail des problèmes de santé.

Le décret de 95 est un texte de réglementation qui adapte bien les dispositions de l'arrêté de 75 et établit quelques nouvelles orientations générales de travail. Il stabilise et garantit le fonctionnement des services dans leurs réalités et vocations individuelles. Mais, ce n'est pas un texte qui établit un projet politique régional en santé mentale.

Chaque service revendique une identité propre, mais perçoit assez peu l'intérêt, parfois même l'utilité de participer à un projet public, collectif et homogène.

Nous plaidons pour l'élaboration d'un programme politique qui donne des balises publiques aux initiatives des services, pour autant que ce programme soit le fruit d'une concertation entre les équipes, l'administration et les mandataires politiques. Entre autres avantages, ce projet collectif donnerait au secteur les moyens d'être prospectif plutôt que réactif sur les différentes questions d'actualité auxquelles il est régulièrement soumis.

59 (2005-2006) n° 1 **92** (2006-2007) n° 1

Ce plaidoyer a été réitéré lors du récent colloque « Évaluer l'évaluation ». La complexité engendrée par l'élargissement du champ de la santé mentale à l'ensemble des questions de société, conduit à proposer une approche particulière de l'évaluation de l'offre et de l'activité de l'ensemble du secteur des services de santé mentale. Cette approche se fonde sur la mise en valeur de nombreuses informations issues du travail et des échanges d'idées du terrain autorisant, entre autre, une lecture avisée des recueils de données, outil d'informations complémentaires resté, sinon, jusque là descriptif.

Le traitement de l'ensemble de ces informations représente une source qui devrait favorablement alimenter la concertation appelée comme paradigme du processus d'évaluation.

Faute de définitions propres, le secteur de la santé mentale a été plus d'une fois, convoqué à intervenir ou collaborer autour de problématiques mises en évidence par des pouvoirs institutionnels extérieurs au sien. A titre d'exemples, il cite les sollicitations du Ministère de l'Intérieur avec les contrats de sécurité et leur volet psychosocial de prévention, les exigences de collaboration du Ministère de la Justice dans le cadre des prises en charge sous contrainte et plus récemment la poursuite, par le Ministère fédéral de la Santé, de collaboration avec les Régions autour du suivi à domicile des patients présentant des troubles chroniques et complexes.

La Fédération ne peut, enfin, terminer sans s'interroger sur le devenir de cette présentation qui, au-delà de son caractère factuel marqué par leur volonté de participer à ce bilan d'une décennie d'application du décret, a également esquissé un secteur en mouvement et en appétit d'échanges et de rencontres. Leur souhait est de voir se poursuivre ces débats parlementaires sur des questions effleurées, mais qui demandent à être approfondies. Les questions mises, actuellement, au travail au sein de la FSSMB sont celles relatives à l'accessibilité, à la couverture territoriale du nord de Bruxelles et à l'organisation des soins de santé mentale en relation avec le plan fédéral de réseaux et circuits de soins.

M. Frédéric Willems invite les commissaires à continuer à débattre avec la Fédération dans le cadre de ces séances de la Commission santé ou en-dehors, au sein de la FSSMB. Il remercie les commissaires pour leur attention.

8. Discussion générale

Mme Magda De Galan, présidente, ouvre la discussion et propose aux membres de la commission de poser leurs questions aux intervenants qui répondront par la suite. Mme Fatiha Saïdi (PS) demande quels sont les facteurs qui ont fait augmenter, de manière assez conséquente, les frais de fonctionnement des services de santé mentale et comment les psychiatres sont devenus au fil du temps une source de financement importante de ces services ?

Mme Fatiha Saïdi demande également si la mission de recueil des données a été menée par la Fédération. Si oui, ces données sont-elle aujourd'hui opérationnelles ?

Les services de santé mentales sont-ils favorables à la conclusion de conventions de partenariats ou, au contraire, souhaitent-ils les voir disparaître ?

Mme Magda De Galan, présidente, rappelle que le débat sur le rôle des psychiatres a déjà été largement abordé par l'administration de la Commission communautaire française lors de leur audition, le 23 mars 2005.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) souligne la clarté de l'exposé de MM. Willems et Messens qui rassure, selon elle, dans la mesure où le décret de la Commission communautaire française rencontre dans l'ensemble les aspirations du secteur de la santé mentale.

La revendication financière du secteur pour le personnel engagé suite à l'application des accords du non-marchand devrait être entendue puisque le Gouvernement de la Commission communautaire française s'est engagé dans sa déclaration gouvernementale de 2004 à rencontrer cette priorité.

De manière générale, le budget Santé de la Commission communautaire française n'est pas suffisant et devrait être augmenté pour permettre au secteur de satisfaire à toutes les missions qui lui sont confiées par le décret.

Elle souligne l'importance du travail réalisé par les secteurs de la santé mentale et du social lors des Assises de l'Ambulatoire et invite les acteurs de terrain à confirmer ce travail qui permettra d'aider le Gouvernement de la Commission communautaire française dans la construction d'une nouvelle politique de santé.

Elle demande si un décret unique pour les services de l'ambulatoire est réaliste comme cela avait été évoqué dans les années 1990.

Elle s'interroge sur la place de l'usager au sein du travail communautaire.

Les services de santé mentale doivent-ils être considérés comme des services de première ligne, de deuxième ligne ou selon la demande ?

La souffrance psychologique qui n'entraîne pas nécessairement des troubles de la santé mentale mais qui est souvent liée à des conditions de vie difficiles telles que l'inflation des loyers et un taux de chômage important (22 %) en Région de Bruxelles-Capitale doit-elle être prise en charge par les services de santé mentale ?

Mme Isabelle Molenberg (MR) souligne l'importance de la fonction d'accueil qui, selon elle, doit être dissociée de celle du secrétariat.

Elle déplore également le manque de moyens financiers des services de santé mentale pour remplir correctement l'ensemble de leurs missions. Elle s'interroge également sur le fait de savoir si ceux-ci sont toujours enclins à conclure des conventions de partenariat telles que le recommande le décret en la matière.

Le Gouvernement envisage-t-il une concertation avec les Régions dans le cadre du travail en réseau et des circuits de soins ?

Elle soutient la poursuite du programme d'extension des équipes infanto-juvéniles.

Elle souligne le travail de fond réalisé par les secteurs de la santé et du social lors des Assises de l'Ambulatoire et qui est poursuivi par l'ensemble des acteurs de terrain.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) demande s'il existe de nouvelles pratiques du secteur qui tiennent compte de l'évolution multiculturelle de la population en Région de Bruxelles-Capitale.

Il souligne l'importance des partenariats avec les structures locales qui constituent des facteurs de bien-être psychosocial et demande aux acteurs de terrain d'identifier les freins, les barrières ou les facteurs qui favorisent ces partenariats.

La Commission communautaire française en tant que pouvoir subsidiant doit-elle renforcer son intervention afin de favoriser ces partenariats ?

Enfin, les services de santé mentale souhaitent-ils explorer d'autres modèles de fonctionnement et cite, à cet égard, les modèles canadiens et québécois qui sont des pays réputés être en avance dans ce domaine.

M. Paul Galand (Ecolo) se réjouit de l'évolution qu'a connu le secteur de la santé mentale entre l'arrêté royal de 1975 et le décret de 1995.

Il souligne l'intérêt de procéder à une évaluation dix ans après l'entrée en vigueur des décrets santé mentale et toxicomanies et de prévoir les ajustements qui se révèleraient nécessaires pour l'avenir du secteur. En ce qui concerne les assuétudes, il demande si des ajustements sont nécessaires dans la répartition des missions prévues dans le décret.

La problématique des assuétudes doit-elle être encore dissociée des autres problématiques de la santé mentale ou une refonte des deux décrets est-elle envisageable ?

Les services de santé mentale peuvent-ils s'inspirer du travail d'accueil des maisons médicales pour développer leur fonction d'accueil au sein de leurs services ?

Il souhaiterait également connaître les initiatives des communes dans le domaine de la santé mentale.

Il estime que la Région wallonne et la Commission communautaire française doivent partager une conception la plus commune possible de la prévention ce qui permettrait à la Communauté française de mieux préciser et cibler ses politiques en matière de santé et cite, à titre d'exemple, la médecine préventive dans le milieu scolaire.

Il demande si des accords de coopération sont possibles dans ce domaine en se basant sur l'enseignement du travail déjà réalisé par les services de santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) souligne la qualité de l'exposé de M. Frédéric Willems qui a identifié les aspects négatifs et positifs du décret sur la santé mentale.

Existe-t-il des catégories de besoins qui ne seraient pas pris en charge par les services de santé mentale par manque de moyens financiers mais qui devraient être pris en charge par les services ?

Les personnes souffrant de maladies psychosociales, cardiovasculaires, Alzheimer, etc. sont-elles prises en charge par les services de santé mentale ou sont-elles orientées vers d'autres institutions ?

Elle souligne un problème de communication du secteur de la santé mentale et observe que le public ne sait pas toujours à quel service il doit s'adresser.

Mme Olivia P'tito (PS) souligne l'importance de la collaboration entre les services de santé mentale et le secteur de l'insertion socioprofessionnelle. Elle demande si les travailleurs sociaux peuvent s'adresser à des services de santé mentale pour répondre d'une situation de crise et qui ne nécessite pas l'intervention de la police judiciaire ou des urgences psychiatriques.

Mme Céline Delforge (Ecolo) demande si des formations doivent être ajoutées dans le décret pour des personnes dont la formation n'est pas reprise par le décret mais correspond à des besoins dans les services de santé mentale.

La présidente observe que le souci d'autonomie des services de santé mentale vient de leur histoire et de leur évolution en Région de Bruxelles-Capitale.

Elle constate que le secteur souhaite un cadre légal suffisant et prône la liberté de travail de chacun des services de santé mentale sans être astreint à des contraintes administratives.

Elle demande si une coordination, sans être une imposition du politique, est envisageable entre les services pour drainer des thèmes majeurs en vue d'une plus grande synergie du secteur.

La présidente invite MM. Frédéric Willems et Eric Messens à répondre aux différentes questions des commissaires.

M. Frédéric Willems répond à Mme Fatiha Saïdi que l'augmentation des coûts d'exploitation est liée à l'insuffisance budgétaire affectée aux frais de fonctionnement et cite, à titre d'exemple, l'explosion des loyers en Région de Bruxelles-Capitale.

M. Eric Messens ajoute qu'en 2000, le rapport sur l'évaluation de l'activité de santé mentale faisait état d'une proportion de 29 % d'équivalents temps plein du personnel effectif ACS, Maribel, indépendants ou autres formes de contrats qui ne sont pas couverts par le budget de la Commission communautaire française.

M. Messens précise que ce personnel a été engagé pour répondre à un besoin de santé publique et qu'il génère des frais de fonctionnement importants.

Il souligne également que ce chiffre de 30 % du personnel non couvert par le budget de la Commission communautaire française doit être mis en correspondance avec un autre chiffre, 30 % d'usagers qui n'habitent pas en Région de Bruxelles-Capitale mais qui bénéficient des prestations de services de santé mentale à Bruxelles.

Les services de santé mentale ont cherché à combler les déficits structurels en partie par les psychiatres qui, déjà tenus à s'autofinancer partiellement par le produit de leurs consultations, se sont vus progressivement assignés un rôle de « vache à lait » des services, ce qui a réduit fortement leur participation à des activités non rentables de prévention et de coordination.

Sur la question du recueil des données, M. Frédéric Willems précise que la Fédération a une subvention depuis deux ans pour l'élaboration d'un recueil de données des services de santé mentale. Il informe que ce recueil n'est pas encore opérationnel mais qu'il le sera pour la fin de l'année 2005.

- M. Paul Galand (Ecolo) demande que le recueil de données prévoie la pondération des problématiques rencontrées par le secteur et qu'il soit communiqué à l'Observatoire de la Santé et du Social pour la tenue à jour du tableau de bord de la santé.
- M. Messens demande que les rencontres entre la Ligue, la Fédération des Services de santé mentale et l'Observatoire de la Santé et du Social, qui dépend de la Commission communautaire commune, soient facilitées.

La présidente propose aux commissaires de rédiger un protocole en ce sens.

- M. Frédéric Willems précise à Mme Saïdi que les conventions de partenariat ne sont pas récusées en tant que telles par le secteur mais déplore les contraintes liées à l'obligation d'établir des conventions.
- M. Eric Messens ajoute que les réseaux sont des rencontres de personnes qui fonctionnent bien et, en général, la convention qui est conclue entre les parties est rédigée à la suite de ce travail de rencontres des gens de terrain.

Dès lors, il estime qu'imposer une réglementation en amont d'un travail de partenariat n'est pas pertinent dans la mesure où le travail se développe sur le terrain.

- M. Frédéric Willems répond à M. André du Bus de Warnaffe que le Gouvernement de la Commission communautaire française intervient suffisamment par la mise en place d'incitants pour la conception des réseaux santé. Il n'y a donc pas lieu, selon lui, de renforcer l'intervention du pouvoir politique. Des partenariats avec les structures locales telles que les communes existent.
- M. Frédéric Willems souligne que les services de santé mentale sont prêts à collaborer avec ceux ou celles qui le souhaitent mais que leur crainte légitime est de perdre leur caractère de généraliste.
- M. Frédéric Willems répond à Mme Braeckman que l'existence d'un décret ambulatoire n'est pas la volonté actuelle du secteur mais qu'une discussion peut avoir lieu sur le sujet.
- M. Eric Messens rappelle que cette idée est née il y a déjà sept ou huit ans mais n'exclut pas l'hypothèse d'un décret qui porterait sur une harmonisation des procédures en la matière.
- M. Frédéric Willems répond à Mme Braeckman qu'il n'existe pas de « culture » à donner une place à l'usager au sein de l'organisation des services de santé mentale.
- M. Messens informe que le forum public en santé mentale est un lieu où les usagers peuvent être entendus.

Il souligne que les pays de la francophonie sont en retard par rapport aux pays anglo-saxons et nordiques telle que la Finlande où des professionnels ont aidé les usagers à s'organiser en « lobbies », en groupes d'usagers.

M. Frédéric Willems répond qu'il importe peu de considérer les services de santé mentale comme des services de première ou de deuxième ligne car cela dépend de la nature de la demande du patient.

M. Messens ajoute que les opérateurs des services tendent à définir les première et deuxième lignes. Un autre mode de pensée consiste à dire que c'est le patient qui définit luimême cette ligne. Les services de santé mentale sont des intervenants de première, de deuxième, voire de troisième ligne.

M. Frédéric Willems répond à Mme Molenberg que le travail entamé lors des Assises de l'Ambulatoire continue et rappelle le colloque d'avril 2005 sur le thème « Evaluer l'évaluation ».

M. Frédéric Willems répond à M. du Bus de Warnaffe que la santé communautaire s'est imposée comme une nouvelle pratique ce qui a amené le secteur de la santé mentale à collaborer davantage avec les travailleurs sociaux et les populations concernées.

Il s'interroge sur le rôle des services de santé mentale : « doivent-ils répondre à toutes les demandes alors que leurs moyens financiers sont insuffisants ? ».

D'autres pratiques existent et tentent de répondre à des besoins spécifiques de la population mais nécessitent davantage de moyens. M. Frédéric Willems cite, à titre d'exemple, le projet ULYSSE qui prévoit un accueil spécifique pour les demandeurs d'asile.

M. Frédéric Willems répond à Mme P'tito que les services de santé mentale collaborent avec les missions locales pour l'emploi mais également avec les centre publics d'aide sociale. Les travailleurs sociaux ont eu une tendance à « envoyer » des personnes souffrant de troubles psychiques vers des services de santé mentale alors que celles-ci n'en faisaient pas la demande. Les services de santé mentale et les missions locales pour l'emploi ont collaboré pour améliorer l'orientation de ces usagers qui ont une santé mentale fragilisée par des difficultés de vie passagères.

Il constate une amélioration générale des orientations suite à la mise en place de ce partenariat entre les acteurs du terrain de la santé et du social.

M. Frédéric Willems répond à Mme Rousseaux que les services de santé mentale travaillent en étroite collaboration avec les maisons de repos qui accueillent des personnes âgées et qui rencontrent parmi elles des personnes souffrants de troubles neurologiques. Il souligne que ces troubles d'ordre neurologique doivent être traités médicalement. Il précise que la démarche médicale consiste à maintenir ces personnes dans leur milieu de vie avec l'aide de la famille et des médecins généralistes.

Concerne la visibilité du secteur, M. Frédéric Willems souligne l'effort de la Commission communautaire française qui diffuse des brochures, des plaquettes et des cartes postales à l'intention des professionnels et des particuliers.

Il souligne que le secteur de la santé mentale reste un concept qui fait peur au public mais que l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale ne peut se faire qu'en allant à la rencontre des gens pour leur expliquer ce que couvre le secteur de la santé mentale.

Mme De Galan, présidente, souligne la volonté du secteur de la santé mentale de sortir de ses murs et rappelle les Assises de l'ambulatoire qui ont permis la rencontre des acteurs du social et de la santé. Elle observe également que les services de santé mentale souhaitent davantage une concertation mais qu'ils ne sont pas demandeurs pour la mise en place de nouvelles structures.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) demande si l'idée d'un seul numéro d'appel est réalisable et rappelle à cet égard l'idée de Mme Prins en 1995 d'instaurer un numéro vert gratuit pour le public.

M. Frédéric Willems lui répond que le secteur est favorable à cette idée mais que la mise en place d'une fonction d'accueil à part entière nécessitera de dégager des moyens financiers supplémentaires pour les services de santé mentale qu'ils ne peuvent pas supporter actuellement.

Quant à la fusion éventuelle des deux décrets santé mentale et toxicomanies, M. Eric Messens rappelle que, dans les années 80, les praticiens du secteur de la santé mentale ne souhaitaient pas traiter les problèmes liés aux assuétudes dites « drogues ». C'est pour cette raison que le secteur « toxicomanies » fut consacré par un décret spécifique en 1995.

M. Messens se demande, au cas où cette problématique viendrait à être ramenée dans la santé mentale, si les usagers de drogues continueraient à avoir accès aux soins comme aujourd'hui.

M. Messens souligne l'intérêt des accords de coopération entre la Ligue francophone pour la santé mentale bruxelloise et des pays tels que l'Algérie, la Bolivie, la Thaïlande, etc. qui ont pour objectif l'échange des modes de pensée et la formation continue.

Il pense qu'il est tout aussi utile pour un assistant social qui travaille en Région de Bruxelles-Capitale de se rendre en Communauté flamande ou en Région wallonne pour apprendre d'autres expériences de la vie. Il cite, à cet égard, le travail remarquable de Mme Pascale Jamoulle, anthropologue, qui s'occupe de personnes dites du quart-monde, sans ressources dans le Borinage et le travail du Dr Toon Gailly au sein du centre de santé mentale en qui traite également les problèmes rencontrés par les réfugiés politiques, en Région de Bruxelles-Capitale.

M. Frédéric Willems répond que le décret de la santé mentale ne donne pas de définition précise du concept de « prévention » mais également que les services de santé mentale souhaitent conserver leur liberté de créativité et refusent d'être enfermés dans des pratiques cliniques.

Toutefois, il précise que l'activité des services de santé mentale doit s'inscrire dans un cadre légal déterminé.

M. Eric Messens souhaite que le personnel de toutes les fédérations et autres organismes de coordination de la Commission communautaire française puissent bénéficier des accords du non-marchand et demande, au nom de la Ligue, que ce point soit inscrit à l'ordre du jour de la prochaine conférence ministérielle.

Mme De Galan, présidente répond à M. Messens que cette demande sera communiquée à M. Benoît Cerexhe, président du Gouvernement, ministre en charge de la Santé.

Elle remercie les intervenants pour la qualité de leurs interventions.

9. Exposé de Mme Lydwine Verhaegen, docteur en sociologie

En sa réunion du 8 juin 2005, la commission a entendu l'exposé de Mme Lydwine Verhaegen.

A. Introduction

Mme Lydwine Verhaegen est sociologue, experte en santé mentale et travaille sur le terrain, plus particulièrement en Région de Bruxelles-Capitale depuis 30 ans. Elle est l'auteure, entre autres, de l'étude « Perspective de la politique de santé mentale » initiée par les ministres Jean-Louis Thys et Jos Chabert, en 1989-1990. C'est cette étude qui a servi de préalable au décret « santé mentale » du 12 avril 1995.

Mme Verhaegen continue depuis, son rôle d'observateur dans le champ de la santé mentale, en mettant à jour, dans la mesure du possible, les données rassemblées.

Après un bref descriptif, elle rappelle de manière plus concrète quelques indicateurs sociaux plus précis relatifs à la Région de Bruxelles-Capitale et en lien avec la santé mentale avant de donner quelques résultats significatifs de l'étude « Santé mentale » de 1990 et enfin quelques données disponibles et structurelles relatives à la santé mentale bruxelloise pour 2005. Même si la situation a évolué et si de nouvelles institutions comme les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques sont apparues, les grandes caractéristiques et conclusions de l'étude « Santé mentale » à Bruxelles sont toujours valables aujourd'hui. Elle fait état également de nouvelles données relatives à la santé mentale.

Mme Verhaegen cite l'extrait d'un article paru dans « Le Monde » du 20 mai 2005 rédigé par Jean Kervadoué, professeur d'économie et de gestion des services de santé au CNAM qui démontre le lien entre la cohésion sociale et l'espérance de vie. Ce dernier rappelle que c'est bien le système politique et social qui imprime sa marque.

Une médecine à la pointe du progrès n'est pas toujours synonyme de bonne santé et demeure à l'évidence incapable de compenser les effets des conditions de vie.

Les pays qui offrent à leur population la plus longue espérance de vie à la naissance (le Japon, la Suède) sont aussi, souvent, ceux où la différence de revenus entre les classes sociales est la plus faible. Etudes après études, il a été démontré que tout ce qui favorisait la cohésion sociale contribuait à la croissance de l'espérance de vie. La sociale démocratie est donc bonne pour la santé.

Ce préambule situe le cadre de son intervention.

Selon Mme Verhaegen, on ne peut parler, aujourd'hui, de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale et de l'augmentation de la souffrance psychique, indépendamment des cadres sociaux qui la composent.

C'est pourquoi elle rappelle quelques indicateurs sociaux qui sont autant de facteurs de risques, avant d'aborder les données spécifiques à la santé mentale.

B. Cadres sociaux de la Région de Bruxelles-Capitale

a. Composition des ménages

La taille des ménages bruxellois a diminué avec le temps et est plus petite à Bruxelles que dans le reste du pays.

Le nombre d'isolés a augmenté à Bruxelles et l'isolement est un facteur de risque bien connu pour la santé mentale. En 2005, 25 % des Bruxellois habitent seuls; 28 % à Liège, 19 % à Charleroi et 22 % pour Anvers et Gand.

Parallèlement, on assiste à l'augmentation des familles monoparentales à Bruxelles (en 1991 10,6 %; en 2003 : 12,9 %).

b. Taux de chômage

Le taux de chômage général en janvier 2005 est de 20,9 % (19,5 % d'hommes, 22 % de femmes). En Wallonie, il est de 18,2 % et en Flandre de 8,5 %.

Le chômage frappe plus durement les populations les plus jeunes (33 %)et les personnes de nationalité non européenne (30 %). On enregistre aussi que les Bruxellois âgés de 20 à 29 ans, avec un faible niveau de qualification, possèdent un diplôme inférieur à celui de l'enseignement secondaire supérieur. Le taux est de 50 % plus élevé que le taux moyen pour la Belgique (20 %). On connaît bien l'impact du niveau d'instruction sur la santé des gens.

Le rapport « Pauvreté à Bruxelles » conclut à une augmentation de la pauvreté à Bruxelles.

De plus en plus de Bruxellois perçoivent un revenu trop faible pour mener une vie conforme à la dignité humaine.

c. Autres indices

Le nombre de personnes qui dépendent d'une allocation minimum octroyée par le CPAS ou dans le cadre de la GRAPA était de 5,1 % fin 2001.

Le nombre de ménages qui perçoivent un revenu d'intégration sociale (RIS) ou un revenu équivalent à cette allocation a augmenté de 6,6 % entre 2001 et 2002.

Le 5 janvier 2003, 7,6 % des Bruxellois de plus de 65 ans dépendaient d'une allocation minimum.

11,2 % de la population majeure pouvait prétendre à une intervention majorée de l'assurance de soins de santé.

Le problème du surendettement est plus important également à Bruxelles : 6,7 % des Bruxellois de plus de 18 ans sont enregistrés à la centrale de crédits aux particuliers de la Banque Nationale alors que la moyenne belge est de 5 %.

L'augmentation spectaculaire du prix du logement en est une des causes essentielles.

Ces chiffres donnent une indication du nombre minimum de personnes qui, dans la Région de Bruxelles-Capitale, sont confrontées à des difficultés financières et à la précarité, génératrice de souffrances psychiques. A Bruxelles, les ménages doivent faire face à davantage de problèmes financiers que dans le reste du pays. Plus de 25 %, soit un quart des Bruxellois, vivent dans un ménage où aucun travail rémunéré n'est exercé.

d. Sur le plan démographique

La Région de Bruxelles-Capitale connaît une évolution démographique différente des autres Régions. L'accroissement de population y était le plus rapide, c'est la seule région où on assiste à un rajeunissement de population.

Mais en 2002, le nombre d'enfants pour lesquels des prestations familiales garanties ont été versées a augmenté de manière spectaculaire; au moins 2,3 % des enfants âgés de 0 à 19 ans vivent dans un ménage confronté à de graves difficultés financières. Soit 8 fois plus qu'en Flandre et 3,5 fois plus qu'en Wallonie. 40 % soit deux enfants bruxellois sur cinq vivent dans un ménage dont aucun des membres n'exercent un travail rémunéré.

e. Inégalités sociales de santé

Enfin, en termes d'inégalités sociales de santé et en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé, en 2001, 23 % des Bruxellois appartenaient à un ménage dont la personne de référence a dû renoncer à des soins de santé pour des raisons financières (taux moyen en Belgique : 10 %).

Ces mises en perspective entre la santé et la cohésion sociale démontrent qu'il faut dépasser le débat sectoriel « santé mentale » et l'ouvrir vers le social, l'emploi, le logement

Maintenant, revenons plus précisément aux résultats de l'étude politique de santé mentale à Bruxelles.

C. Caractéristiques de la psychiatrie bruxelloise

Inégalités sociales de santé

En termes d'inégalités en Belgique, Mme Verhaegen constate globalement deux tendances en psychiatrie, d'une part, la médicalisation croissante (recours aux actes techniques) et, d'autre part, le développement de la psychiatrie ambulatoire (multiplication des consultations en cabinet privé, en services de santé mentale, en hôpital). Les deux tendances se situent plus dans un rapport de complémentarité que d'opposition. Par Région, elle remarque des différences et la psychiatrie bruxelloise, objet de l'étude, se démarque de celle des autres régions sur plusieurs points. Elle les examine successivement par secteur.

a. Au point de vue hospitalier

Tout d'abord la psychiatrie hospitalière bruxelloise, composée à la fois des hôpitaux psychiatriques et des services psychiatriques en hôpital général, se caractérise par une moindre offre hospitalière. Le phénomène s'explique par le fait qu'il existait à Bruxelles un déficit de lits existants par rapport aux lits programmés.

Les Bruxellois (surtout âgés de 15 à 59 ans) sont plus fréquemment hospitalisés à l'hôpital psychiatrique que les Wallons et les Flamands. Le taux brut d'hospitalisation pour 1.000 habitants était, en 1988, de 4,4 à Bruxelles, de 3,2 en Wallonie et 3,5 en Flandre. La différence entre la Région de Bruxelles-Capitale et les autres Régions résulte en partie du fait qu'en Flandre et qu'en Wallonie, l'hospitalisation de longue durée existe encore alors qu'à Bruxelles, le taux plus élevé d'admissions cache en partie des réadmissions. Le « turn over » est plus élevé. De plus, le taux d'admission dans un hôpital psychiatrique varie considérablement de commune à commune sans qu'aucune signification immédiate ne puisse être attachée à ces chiffres. S'agit-il de réadmissions? Certaines communes servent-elles de refuges aux anciens psychiatrisés ? La disparité des « besoins » selon les territoires est un phénomène connu en psychiatrie. A ce propos, on peut se demander également si le taux d'admission en hôpital psychiatrique plus élevé à Bruxelles ne traduit pas aussi, soit des besoins qui seraient plus importants en Région de Bruxelles-Capitale, soit une politique différente de gestion des hospitalisations, soit encore une accessibilité plus importante. Ces trois phénomènes peuvent d'ailleurs coexister et se renforcer mutuellement.

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques était plus courte à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie. Elle l'est toujours aujourd'hui. L'auteure observe depuis 1987 une réduction de la durée moyenne de séjour et une augmentation du nombre d'admissions. Ces deux phénomènes s'expliquent probablement l'un par l'autre dans une large mesure. Il s'agirait en partie des mêmes patients qui sortent et qui rentrent.

Une offre hospitalière surtout basique moindre, un taux d'admission par habitant plus élevé et une durée moyenne de séjour plus courte témoignent d'une pratique psychiatrique bruxelloise différente de celle des autres Régions.

Les taux d'occupation des hôpitaux bruxellois sont inférieurs aux taux observés dans l'ensemble du pays, quel que soit le type de services. Il n'y avait pas encombrement du système hospitalier psychiatrique bruxellois en 1988.

Enfin, Bruxelles n'est pas une entité close sur elle-même. En 1988, 25 % des patients bruxellois étaient soignés dans un hôpital psychiatrique de province tandis que 19 % de la clientèle des hôpitaux psychiatriques bruxellois se composait de patients domiciliés en dehors de l'agglomération. L'enquête « patient » révèle que 36 % de la clientèle des services psychiatriques situés en hôpital général sont domiciliés en dehors de Bruxelles. Cette attraction résulte du manque de structures hospitalières en Brabant wallon, du caractère universitaire de plusieurs services et de la situation de ceuxci à la périphérie de l'agglomération. Il y a en effet à Bruxelles un grand nombre de lits universitaires en hôpital général de même qu'un grand nombre de neuropsychiatres (24 % de ceux-ci sont domiciliés à Bruxelles en 1990).

b. Au point de vue des centres conventionnés INAMI

47 %, soit 352, des places conventionnées INAMI (adultes et enfants) sont localisées à Bruxelles, 40,6 %, soit 304, en Wallonie et 12,4 %, soit 92, en Flandre. Lorsqu'on ne retient que les places adultes, 71 %, soit 334 places sont à Bruxelles, 13 %, soit 63, en Wallonie et 16 %, soit 74, en Flandre.

Bruxelles se caractérise donc par un grand nombre de places surtout adultes. Ceci est le résultat d'un phénomène historique : les conventions INAMI ont été créées dans la mouvance du mouvement anti-psychiatrique et celui-ci a été plus développé à Bruxelles que dans les autres régions.

c. Au point de vue des services de santé mentale

Il en va de même pour les services de santé mentale. La densité des services de santé mentale est plus élevée à Bruxelles que dans les autres régions. A Bruxelles, on compte un siège pour 32.000 habitants, en Wallonie, un siège pour 41.000 habitants, en Flandre, un siège pour 72.000 habitants. Les services de santé mentale sont plus nombreux là où les hôpitaux psychiatriques sont moins présents et vice-versa. Faut-il y voir un lien ? Cette question mériterait une analyse de type historique plus approfondie.

d. Profil des patients fréquentant les différentes institutions psychiatriques

L'enquête menée auprès de 1.216 patients est, selon Mme Verhaegen, un échantillon représentatif.

L'étude réalisée ici est une analyse de l'offre et non une analyse de la demande ou du besoin de soin. Dans cette perspective, une enquête a été réalisée sur les clientèles des différents types d'institutions qui composent l'offre. Cette enquête renseigne à la fois sur les profils des patients et sur le fonctionnement des institutions. A nouveau, elle répète pour l'avoir vérifié auprès des professionnels, que les conclusions de l'étude restent valables dans les grandes lignes.

Cette enquête démontre que les profils des patients d'hôpitaux psychiatriques sont différents de ceux des services psychiatriques d'hôpitaux généraux et que les patients de services de santé mentale sont différents des patients d'hôpitaux psychiatriques. Il faudrait rajouter les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques.

Plus précisément, elle constate que deux profils s'opposent : celui des patients des services psychiatriques d'hôpitaux généraux et des services de santé mentale d'une part, celui des patients des hôpitaux psychiatriques et des services d'hospitalisation partielle et des services conventionnés INAMI d'autre part.

En service psychiatrique d'hôpital général et en service de santé mentale, on retrouve plus de femmes, mariées, vivant avec leur conjoint avec un niveau d'études moyen ou supérieur. Ces patients sont plus nombreux que les autres à être intégrés dans le circuit de l'emploi et dès lors, moins nombreux à dépendre de la sécurité sociale. Ils souffrent surtout de troubles dépressifs (en service de santé mentale, ils souffrent aussi de troubles anxieux et psychologiques). Ils ont un passé psychiatrique peu important, fait en majorité de contacts avec la psychiatrie depuis moins de cinq ans et d'un faible nombre d'hospitalisations en psychiatrie (²).

Cependant, en service de santé mentale, 40 % des patients sont déjà passés par l'hôpital psychiatrique; en services psychiatriques d'hôpital général, 65 % sont déjà passés par l'hôpital psychiatrique également. Ils sont envoyés dans ces services plutôt par le généraliste que par le psychiatre. L'auteure note encore qu'en service psychiatrique d'hôpital général, ils sont le plus souvent renvoyés à domicile ou suivis en consultation.

En hôpital psychiatrique et en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI, on observe une proportion plus importante d'hommes, célibataires et vivant seuls ou en institution. Leur niveau d'études est moyen ou inférieur. En hôpital psychiatrique, ils appartiennent en majorité à la classe ouvrière. La moitié d'entre eux est invalide et bénéficient d'allocations d'invalidité. Au total, les ¾ bénéficient d'une intervention de la sécurité sociale. Seul un patient sur cinq travaille régulièrement. Ils sont dès lors plus pauvres que les précédents : 80 % d'entre eux ont un revenu équivalent à moins de 30.000 francs belges par mois. Par ailleurs, ils souffrent surtout de troubles psychotiques et ont souvent un passé psychiatrique marqué par des contacts

anciens avec la psychiatrie et par de nombreuses hospitalisations. Ils sont plutôt envoyés par les psychiatres et à l'issue de l'hospitalisation, ils sont maintenus en institution. En hôpital psychiatrique, ils sont très peu suivis en consultation.

Une analyse plus approfondie a montré l'existence de deux profils dans cette population psychiatrique et au diagnostic de psychose : une population de patients chroniques, invalides et depuis longtemps en psychiatrie, une population au contact plus récent avec la psychiatrie et dépendante du CPAS. Ces derniers semblent correspondre à ce qu'on appelle aujourd'hui les « YAPS » : les Young adults chronics.

L'analyse de ces profils démontre l'existence de deux groupes de patients dans les institutions bruxelloises : une population plus « légère » (³) en service psychiatrique d'hôpital général et service de santé mentale, au contact plutôt récent avec la psychiatrie et au passé hospitalier peu important ; une population « lourde » en hôpital psychiatrique et en service d'hospitalisation partielle ou en service conventionné INAMI, au contact ancien avec la psychiatrie et au passé hospitalier important.

e. Les soins pour patients chroniques

L'enquête « patients » montre que les ¾ des patients de l'échantillon fréquentant les services psychiatriques ne travaillent pas. Aujourd'hui, les patients fréquentent aussi les maisons de soins psychiatriques et les habitations protégées.

En hôpital psychiatrique, 10 % des patients seulement travaillent et en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI, 18 % des patients travaillent. Dans ces deux dernières institutions, 70 % des patients dépendent de la sécurité sociale par l'intermédiaire d'allocations dont principalement l'allocation de maladie/invalidité et du CPAS. En service de santé mentale et en service psychiatrique en hôpital général, deux patients sur cinq dépendent financièrement de la sécurité sociale.

Cette situation de non-travail et de dépendance vis-à-vis de la sécurité sociale explique le très faible niveau de revenus des patients (67 % gagnaient moins de 30.000 francs belges par mois en 1990). Ceci confirme l'hypothèse déjà

⁽²⁾ Dans une recherche consacrée à la morbidité différentielle psychiatrique publique adulte, N. Quemada et F. Casadebaig constatent également des relations significatives entre les différents groupes de catégories diagnostiques et les différences socioculturelles qui vont dans le même sens que celles constatées dans la présente recherche. Cf. N. Quemada et F. Casadebaig, « Morbidité psychiatrique et niveau socioculturel », Social Psychiatry, 15, 1980, pp. 145-155.

⁽³⁾ Les termes de « léger » et de « lourd » que nous avons choisi d'utiliser ont ici une signification particulière. Ils résument un ensemble de caractéristiques aussi bien psychiatriques (passé psychiatrique, diagnostic) que sociales (classes sociales, mode de vie). Il ne faudrait donc surtout pas s'attacher à une définition clinique de ces adjectifs car c'est précisément au niveau des diagnostics que des cliniciens pourraient discuter le choix des termes. Le patient dépressif hospitalisé en phase aiguë en service A est bien sûr lourd cliniquement. Mais ceci est hors du propos de cette étude.

vérifiée dans d'autres travaux, à savoir que malgré la médicalisation de la psychiatrie perceptible aujourd'hui à différents niveaux (implantation de nouveaux services en hôpital général, développement de la psychiatrie biologique, développement d'une pratique calquée sur la médecine), la psychiatrie est loin d'en finir avec des pratiques d'assistance et aujourd'hui moins que jamais.

En effet, le profil socioéconomique et clinique des patients traduit le lien étroit et la causalité circulaire qui existe entre la pauvreté, la maladie mentale et le service de psychiatrie. Ce profil et cette relation bien connus ont été analysés par divers auteurs. Ces auteurs constataient également une position défavorisée à plus d'un titre des patients psychiatriques. L'infériorité est marquée tout d'abord sur un plan professionnel. Les patients sont invalides, inactifs ou insérés à des niveaux bas et précaires. Cette même infériorité est marquée sur le plan familial et social ensuite. Une indemnité plus ou moins définitive de malade mental détermine un ensemble d'exclusions sur le plan des décisions, des responsabilités, voire même la rupture ou l'absence de liens sociaux, familiaux et affectifs. Ainsi l'enquête révèle qu'un tiers des patients d'hôpital psychiatrique et d'hospitalisation partielle en service conventionné INAMI vivent seuls et qu'un tiers vivent en institution. Plus de la moitié sont célibataires.

Ces observations s'inscrivent dans le cadre plus général de l'impossibilité ou de l'extrême difficulté d'intégration ou de réintégration du pauvre dans la société, et du renforcement de la fonction de l'hôpital psychiatrique comme lieu de traitement des déviants et des marginaux. De toutes les maladies, la maladie mentale aussi individuelle soit elle, est celle qui depuis toujours entretient les rapports les plus étroits et les plus sensibles avec l'ordre social et aujourd'hui plus que jamais.

Alors que d'un côté la psychiatrie se médicalise, de l'autre elle est plus que jamais confrontée au social.

Les patients « lourds » sont en grande partie institutionnalisés, surtout en service T d'hôpital psychiatrique et en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI et aujourd'hui également en habitations protégées et maisons de soins psychiatriques. En psychiatrie hospitalière, elle constate que deux types de situations s'opposent.

D'une part, les services A avec une faible durée de séjour et une forte médicalisation de la prise en charge et, d'autre part, les services T avec une longue durée moyenne de séjour et une faible médicalisation de la prise en charge. Or, les patients de services T sont les patients les plus « lourds » souffrant de troubles psychotiques, bipolaires et d'assuétudes. L'évolution naturelle de ces pathologies est de longue durée et les patients souffrant de ces troubles nécessitent de ce fait des soins continus en relation avec le contexte social afin d'éviter la chronification de la maladie.

L'étude a montré que les patients souffrant de ces trois pathologies sont envoyés surtout à l'hôpital psychiatrique où les professionnels disposent de peu de moyens pour s'occuper d'un suivi à long terme et pour travailler avec les familles. Ainsi, le noyau dur de la psychiatrie, le plus difficile à traiter, avec le risque de chronicité le plus élevé, l'est encore plus de par son institutionnalisation car il est envoyé là où les médecins et paramédicaux sont moins nombreux. C'est ainsi que l'on assiste à la mise en place de filières de relégation de soins. Il ne s'agit pas de mettre en cause la qualité du travail des membres du personnel. Comment peut-on être efficace si l'on hérite de cas lourds et de moyens réduits ?

Si l'hôpital est le lieu principal d'hébergement des patients chroniques, il n'est pas la seule institution à les prendre en charge. Le secteur ambulatoire a 10 % de sa clientèle qui est une population chronique, soignée principalement en dehors des structures d'hébergement. Ceci démontre qu'une population chronique peut, en phase non aiguë, être suivie en ambulatoire.

En effet, la population chronique pèse très lourd dans la prise en charge pour plusieurs motifs :

- il s'agit essentiellement de patients psychiatriques, c'est-àdire les patients les plus « lourds », les plus difficiles à traiter aujourd'hui encore et à propos desquels des études ont démontré que les coûts étaient plus élevés;
- le cas échéant, la durée d'hospitalisation de ces patients est longue. Ils sont hospitalisés principalement en service T (et aussi aujourd'hui en maison de soins psychiatriques et habitations protégées) dont le coût est élevé. En termes de coût direct, ces patients coûtent cher;
- leur exclusion du marché de l'emploi et leur dépendance par rapport à la sécurité sociale constitue un coût indirect majeur.

f. La définition d'une politique au niveau des services de santé mentale

L'absence d'une réelle politique de planification des services de santé mentale et leur caractère d'organisations à projets (qui se sont créés autour de la santé et de l'éducation aux environs de mai 1968) ont conduit à une hétérogénéité totale de ce champ institutionnel. Cette hétérogénéité se retrouve tant au niveau de la taille des équipes, que du type de clientèle, et des modèles théoriques appelés leur « vocation spécifique », c'est-à-dire leur créneau d'activité (prévention primaire, secondaire, tertiaire, postcure, consultations, ...). Leur clientèle se distingue de celle des hôpitaux psychiatriques en ce sens qu'elle est globalement moins marquée et sur un plan social et sur un plan psychiatrique, même s'ils prennent en charge un pourcentage élevé de psychotiques (20 % de leurs patients étaient psychotiques).

La définition des interventions se fait davantage à partir de critères internes au service (desiderata des professionnels), qu'à partir de critères externes tels que les besoins des populations ou l'imposition d'un modèle par les pouvoirs publics.

En termes de santé publique, les services de santé mentale assurent seuls deux types de spécialités non concurrentielles avec les spécialistes travaillant en privé, à savoir la prévention et la prise en charge du psychopathologique lourd. Les activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire et les activités de formation permettent une couverture de soins plus grande que ne peut faire la seule consultation. Le soutien et la formation des intervenants de première ligne permettent d'atteindre des gens qui, autrement, ne fréquenteraient pas un service de santé mentale.

Une analyse plus approfondie de la patientèle a permis de constater l'existence de la relative cohérence de trois groupes de patients, basée sur la pathologie. Les différences entre les services l'emportent sur les ressemblances. Les services de santé mentale ne sont pas plus homogènes par leur clientèle que les autres composantes.

Les services du groupe 1 à plus haut taux de psychotiques ont une population plus lourde sur le plan socioéconomique et psychiatrique.

Les services du groupe 2 ne sont pas très homogènes si ce n'est sur le plan de la pathologie. La dissemblance du groupe est due surtout au fait que l'un des deux est un service pour immigrés. Cela a des conséquences sur le plan de ses caractéristiques sociales.

Et enfin, le service du groupe 3, universitaire, se dégage des autres à la fois par la pathologie, le niveau socioéconomique plus élevé des patients, le haut taux de patients mariés et qui arrivent seuls en consultation.

Ils sont plus nombreux cependant à être passés par l'hôpital psychiatrique.

Peu d'homogénéité donc parmi ces services, malgré quelques profils qui se dégagent.

Il est à répéter que les professionnels des services de santé mentale s'occupent également de patients dits « lourds » (dont une importante proportion de psychotiques) et qui ont un passé d'hôpital psychiatrique.

Deux idées reçues à revoir donc :

- a. les services de santé mentale s'occupent aussi de patients lourds;
- b. les services de santé mentale sont en relation avec le secteur hospitalier psychiatrique.

g. La coordination et la collaboration entre institutions

Bien qu'elle existe plus aujourd'hui qu'hier, la collaboration entre les institutions bruxelloises était et reste problématique. L'étude démontre qu'un patient sur cinq envoyés dans un service de santé mentale l'était, soit par un hôpital psychiatrique, soit par un service psychiatrique en hôpital général.

Les services d'urgence ont à ce titre une importance toute particulière dans le paysage bruxellois, surtout aujourd'hui depuis la loi de mise en observation de 1990. Des relations de collaboration sont établies entre les services de santé mentale, les services d'urgence psychiatrique, les services d'hospitalisation partielle et les services conventionnés INAMI. Ceci témoigne d'une meilleure collaboration que par le passé. Les interviews réalisées et l'observation effectuée dans les services de santé mentale ont montré que ces collaborations sont avant tout une question de relations interpersonnelles et qu'elles requièrent toujours du temps.

Que faire pour améliorer la collaboration?

Les réseaux santé et la coordination entre niveaux d'interventions sont une réponse.

Les conventions écrites entre institutions sont dans l'ensemble restées lettre morte. Par contre, à partir du terrain et des rencontres de praticiens se sont nouées des relations entre professionnels des divers types d'institutions et des échanges de personnel se sont mis sur pied.

D. Quelques données actuelles

On assiste aujourd'hui, selon l'auteure, à une transformation qualitative et quantitative de la demande, c'est-à-dire une augmentation de la souffrance psychique en relation avec l'accroissement de la précarité et de l'exclusion d'une frange de plus en plus importante de la population d'une part, et l'augmentation de la responsabilité de l'insécurité personnelle, la montée des exigences d'autonomie personnelle et de l'individualisme contemporain d'autre part. (cfr les travaux d'Alain Ehrenberg sur la dépression de Robert Castel sur l'individu par défaut etc..).

Il ne faudrait pas psychiatriser la santé mentale pour autant. Elle ne souhaite pas rentrer dans un débat sur ce que recouvre les notions de souffrance psychique et de santé mentale qui semblent être devenues parmi les principaux points de repères de l'individualisme contemporain et de la condition humaine.

Cependant, l'auteure est d'accord avec Alain Ehrenberg quand il dit que ces deux notions symbolisent les transformations qu'a connues la psychiatrie en une trentaine d'années

et aussi la société. Le périmètre d'action de la psychiatrie s'est considérablement élargi, l'hétérogénéité des « problèmes » qu'elle traite aussi en même temps que de très nombreux acteurs ont pris place dans ce domaine. Ces problèmes ont pris une importance inédite s'attirant toutes sortes de noms, d'étiquettes : dépression, stress post traumatique, addiction, attaque de panique, passage à l'acte, impulsion suicidaire violente, pathologie de l'exclusion, souffrance psychosociale, etc.

Les murs de l'asile sont tombés ou ont toujours peu existé en Région de Bruxelles-Capitale mais il semble que parallèlement, un ensemble très protéiforme de souffrances s'est installé partout et trouve une réponse dans la santé mentale. La société est manifestement rentrée dans une période de redistribution générale des cartes qui nécessite une clarification.

L'auteure laisse ici cette réflexion sociologique qui suppose d'être débattue dans un autre cénacle pour examiner des données empiriques qui sont autant d'indicateurs intéressants dans le cadre de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

a. Sur le plan épidémiologique

L'auteure constate une augmentation des troubles psychiques visibles tels qu'ils ont été observés dans le cadre de l'enquête de santé, enquête sur les besoins en population générale non institutionnalisée.

En effet, selon l'enquête de santé 2001, en Région de Bruxelles-Capitale, un pourcentage d'individus plus important que dans les autres Régions, à savoir 29 % des personnes présente des difficultés psychologiques et pour 16 % de la population, il s'agit de problèmes plus sévère de santé mentale mesurés à l'aide du General Health Questionnaire (GHQ): proportion moindre qu'en 1997, (Belgique: 25 % au lieu de 13 %), (Wallonie: 28 % au lieu de 15 %), (Flandre: 22 % au lieu de 12 %).

Les femmes sont plus nombreuses à présenter des difficultés psychologiques que les hommes, respectivement 34 % et 24 %.

Les difficultés psychologiques peuvent se traduire par différents troubles : 10 % de la population bruxelloise présentent des troubles dépressifs, 7 % des troubles somatiques, 7 % des troubles anxieux et 21 % des troubles du sommeil. Dans près de 40 % des cas, les personnes présentent plusieurs troubles à la fois. Quels que soient les troubles mentaux envisagés, les femmes sont plus souvent concernées que les hommes surtout pour ce qui est de la dépression. Les hommes souffrent plus de problèmes d'assuétude.

Le bien-être psychologique ne varie pas en fonction de l'âge, bien que si on regarde l'âge et le sexe, les hommes de 25-34 ans constituent un groupe d'âge plus critique pour les difficultés psychologiques.

Elle observe la présence du gradient socioéconomique, phénomène bien connu dans la littérature : les troubles de santé mentale sont plus concentrés dans les couches les moins scolarisées de la population.

Elle note que le mal-être psychologique, critère moins sévère, touche toutes les couches de la population, quel que soit le niveau de scolarisation.

Le degré d'urbanisation du milieu de vie n'est pas lié au développement des troubles de la santé mentale, si ce n'est que Bruxelles se démarque par rapport aux grandes villes et aux zones moins urbanisées par un mal-être plus fréquent (dépression chez les femmes) et une prise plus importante de tranquillisants (psychotropes).

En ce qui concerne les jeunes, l'enquête de la Région de Bruxelles-Capitale menée en 2002 montre que 45 % des adolescents scolarisés à Bruxelles déclarent avoir souffert de troubles psychologiques tels que dépression, agressivité, nervosité et/ou troubles du sommeil au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois. Les filles sont plus nombreuses à souffrir de tels problèmes que les garçons et particulièrement les filles fréquentant l'enseignement technique et professionnel (64 à 67 % d'entre elles présentent ces troubles).

10 % des adolescents scolarisés à Bruxelles déclarent avoir pris des médicaments psychotropes au cours des mois écoulés.

Des psychiatres français signalaient récemment « l'explosion des troubles psychologiques chez les jeunes où l'évolution des pathologies addictives (drogue, nourriture, alcool) sont très nettes au point de supplanter les pathologies névrotiques. »

Plus de dépendance, de violence, de tentatives de suicide, qui selon un psychiatre ne sont pas étrangères à la complexité du modèle familial. Séparations précoces, recomposition importante, crise de l'autorité parentale, etc., autant de facteurs qui tendent à faire disparaître les repères éducatifs et les cadres qui pour un adolescent sont très structurants. Le psychiatre note que les vrais conflits d'autorité qui caractérisaient autrefois la crise d'adolescence cèdent aujourd'hui la place au conflit de dépendance. Au lieu de claquements de portes ou de coups de gueule, l'adolescent intériorise sa colère ou l'exprime par l'anorexie, la boulimie, les tocs, etc.

b. Autres indicateurs de la santé mentale

L'augmentation impressionnante du nombre d'expertises psychiatriques et demandes de mise en observation en relation avec la loi du 26 juin 1990 est significative d'une problématique urbaine. On est passé de 903 dossiers ouverts au Parquet de la Région de Bruxelles-Capitale en 2001 à 1.811 dossiers en 2004, soit le double et pour 2005, on est déjà à une augmentation de 30 % par rapport à la même période en 2004.

Les dossiers reprennent le total des mises en observation qui aboutissent ou non ou des dossiers ouverts pour demander une enquête sur la santé mentale de la personne.

A titre illustratif, à l'unité de crise des urgences psychologiques de Saint-Luc, environ 2/3 des demandes d'expertises en vue d'une mise en observation n'aboutissent pas, tout simplement parce que les personnes pour qui elles sont demandées n'entrent pas dans les critères tels que définis par la loi de 1990.

Ceci ne montre pas nécessairement une augmentation des troubles liés à la santé mentale mais indique bien un malaise urbain et un recours à la psychiatrie plus systématique à des besoins qui ne trouvent pas de solutions ailleurs.

Ceci ne signifie pas simplement que le besoin a doublé mais qu'il existe un changement de pratiques et un recours plus systématique à cette mesure en relation avec l'augmentation de l'intolérance des familles, de la société et d'autres facteurs.

Déjà les chiffres de 1994 expliquaient le phénomène de porte tournante (réadmissions à répétition) des patients psychiatriques car les professionnels n'ont pas le temps de développer des solutions à la sortie de l'hôpital étant donné l'imposition des normes trop courtes de durée de séjour.

« Ces chiffres sont aussi peut-être le reflet d'une société moins tolérante à l'égard de la maladie mentale. Les gens supportent beaucoup moins bien la maladie de leurs proches, la pression des familles pour l'hospitalisation est devenue très forte, » souligne le chef de service de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris qui constate une augmentation impressionnante des mesures d'internements d'office à Paris.

Les troubles sur la voie publique sont beaucoup moins bien tolérés qu'avant, les gens sont beaucoup plus facilement hospitalisés.

Mais en même temps, de nombreux psychiatres français et belges signalent qu'ils n'ont plus l'occasion de soigner la psychose. Les durées de séjour sont trop courtes, surtout à Bruxelles et les professionnels n'ont pas le temps d'aménager la sortie qui se prépare avec les différents intervenants. Le suivi des patients hors des murs pose aussi souvent question.

c. Département Recherche et Développement des Mutualités chrétiennes

Ainsi les chiffres des dépenses recueillies par le département Recherche et Développement des Mutualités chrétiennes sur leur population (40 % de la population belge) sont éloquents à propos des dépenses INAMI en psychiatrie et médecine hospitalière.

En 2003, en Région de Bruxelles-Capitale, on observe une sous-consommation pour le prix de la journée en hôpital psychiatrique (– 28,19 %) en dessous des dépenses qui peuvent être escomptées après standardisation c'est-à-dire compte tenu du profil de risque de la population de membres des mutualités chrétiennes : Flandre, + 17,85 %; Wallonie, – 29 %.

On observe également une sous-consommation pour le prix de journée en maison de soins psychiatriques et habitation protégée : Bruxelles, – 14,20 %; Flandre, + 17,85 %; Wallonie, – 44,26 %.

C'est donc dans les Régions où l'enquête de santé signale les taux les plus élevés de troubles psychiatriques que les dépenses INAMI en hospitalisation psychiatrique sont moindres par habitant.

De même, les dépenses de soins à domicile par habitant sont moindres à Bruxelles (-59,51 %): Wallonie -56,15 %, Flandre +8,87 %. On soigne plus à domicile en Flandre.

Par contre, à Bruxelles, la surconsommation se situe essentiellement dans le prix de la journée d'hospitalisation (hôpital général : +25,55 %), MRS (Maison de repos et de soins) et MRPA (Maison de repos pour personnes âgées) (+13,23) et les prestations techniques à l'hôpital (Flandre : -2,52 %; Wallonie : 3,58 %).

La Région de Bruxelles-Capitale se différencie des autres Régions dans différents domaines : une offre psychiatrique hospitalière moindre, des soins à domicile moindre, une médecine hospitalière générale avec beaucoup d'actes techniques, un service ambulatoire plus important, un tissu associatif très dense (10.000 associations répertoriées à Bruxelles tous domaines confondus).

d. Souffrance psychosociale ou maladie mentale?

Différents indicateurs de demande de mise en observation témoignent de l'augmentation de la demande où il convient de distinguer ce qui relève de la maladie mentale et ce qui relève de la souffrance psychique. Les études savons (cfr les travaux d'Alain Ehrenberg) et les indicateurs de mal-être démontrent que, moins que jamais, la psychiatrie en a fini avec l'assistance qui prend de nouvelles formes aujourd'hui indépendamment de la prise en charge de la maladie mentale « stricto sensu ».

Une large étude européenne a récemment montré que les taux de prévalence de maladie mentale restaient stables (cfr The State of Mental Health in The European Union).

Aussi, l'auteure se demande si c'est à la psychiatrie ou à la santé mentale de répondre à ce malaise urbain qui se pose en amont de la société. En France, l'épidémiologiste Viviane Kovess affirme que la surcharge des hôpitaux est liée au fait qu'ils accueillent des problèmes médico-sociaux.

Faut-il comprendre que le médico-social ne fait plus partie de la médecine hospitalière ? Le modèle d'assistance décrit dans l'ouvrage « Les psychiatres, médecins de pointe ou d'assistance ? » (L. Verhaegen, 1985) s'est généralisé. Les analyses historiques de la psychiatrie ont toujours démontré le rapport de proximité psychiatrie-société.

Ne faut-il pas essayer de répondre à tout le moins à ce phénomène-là, là où se posent les problèmes, dans la société avant d'offrir une réponse médicalisée ?

Une des réponses à cette souffrance psychosociale se trouve plutôt dans la coordination et la mobilisation des instances de proximité où naissent les problèmes sociaux de logement, de police en relation avec les intervenants « psy », (cfr données supra sur les cadres sociaux de la Région de Bruxelles-Capitale).

Il faut dépasser le débat sectoriel et renforcer la formation psychologique des différents intervenants de première ligne plutôt que de créer de nouvelles structures y compris la formation des médecins généralistes à la santé mentale.

Bruxelles est bien équipée même s'il y a une offre psychiatrique hospitalière moindre, l'offre ambulatoire et associative est importante et à la fois variée et pointue, plus importante qu'en France.

Par rapport à la maladie mentale, il faudrait néanmoins évaluer ce qu'il en est actuellement de la prise en charge de la psychose au sein de la Région.

Il faut renforcer le soutien et la coordination de proximité dans la communauté en cas de rupture ou de crise avant de médicaliser, dans un second temps si nécessaire. A long terme, ce travail préventif dans la communauté coûte d'ailleurs moins cher et sur ce plan, la Région de Bruxelles-Capitale est bien dotée. Le développement des réseaux santé et réseaux sociaux est une piste intéressante (cfr note du ministre R. Demotte), à condition de tenir compte de la spécificité de la Région de Bruxelles-Capitale (offre hospitalière moindre et ambulatoire plus importante) où les réseaux sont plus locaux, intersectoriels et proches de la population sur un petit territoire.

Ainsi, au niveau de la souffrance psychosociale, le réseau santé est, selon Mme Verhaegen, une réponse pragmatique organisée à cette forme de crise urbaine. Le réseau santé coordonne différents niveaux d'instances composés de regroupement de professionnels qui interviennent dans la santé mentale à des titres divers.

Le réseau fédère les moyens et les connaissances disponibles en partant d'analyses locales et apporte les réponses aux questions rencontrées par les professionnels sur le terrain.

10. Exposé de Mme Stéphanie Martens, coordinatrice du réseau Bruxelles-Est

La commission a ensuite entendu l'exposé de Mme Stéphanie Martens.

Mme Stéphanie Martens présente l'origine et le fonctionnement du Réseau Bruxelles-Est et explicite comment la pratique de réseau, telle qu'elle a été formalisée, répond à un besoin.

L'idée du réseau Bruxelles-Est est née au sein de la coordination existant déjà depuis de nombreuses années entre l'Unité de crise des urgences psychiatriques des Cliniques Universitaires Saint-Luc, ainsi que des services de santé mentale du secteur Sud-Est de Bruxelles, avec lesquelles l'Unité de Crise a une longue histoire de collaboration et de partenariat.

En 2003, l'appel à projets du ministre de la Santé a été l'occasion de rencontres avec de nouveaux partenaires et de constats communs ayant abouti à l'élaboration du projet. En effet, si chaque partenaire faisant aujourd'hui partie du réseau travaillait déjà avec son propre réseau de proximité, on déplorait néanmoins un cloisonnement relatif, allant parfois jusqu'à la coupure, avec certaines structures et une connaissance insuffisante, voire une relative méconnaissance des spécificités, ressources et limites de chacun.

Ce réseau est multidisciplinaire (il comprend en effet des services de santé mentale, une unité de crise d'urgences psychiatriques, des bureaux d'assistance policière aux victimes, un centre d'action sociale globale, un service laïque d'aide aux justiciables – versant aide aux victimes, un service de médiation communale, un lieu d'accueil non mandaté pour adolescents, et une représentante d'une association de médecins généralistes). Le réseau s'étend globalement sur la moitié Est de Bruxelles.

Au départ, ce réseau avait pour objet la prise en charge en amont des situations de souffrance psychique aboutissant potentiellement à des crises qui, par trop souvent, sont amenées, de manière parfois inopportune voire inadéquate, dans des services d'urgence psychiatrique. En effet, comme Lydwine Verhaegen l'a rappelé, à titre d'exemple, aujourd'hui, à l'unité de crise des urgences psychiatriques de Saint-Luc,

60 % des demandes d'expertise pour des mises en observation n'aboutissent pas, simplement parce que les personnes pour lesquelles des expertises sont demandées n'entrent pas dans les critères de la loi et de son application qui, pour rappel sont l'existence d'une maladie mentale, le refus de soin, la dangerosité pour soi-même ou pour autrui.

Elle met en lien cette explosion des demandes d'expertises avec l'existence d'un cloisonnement relatif entre certaines structures de proximité.

Parallèlement, un second constat en commun avec les différents partenaires, était que tous, aussi bien les services sociaux, que les services de santé mentale, l'unité de crise des urgences psychiatriques, étaient confrontés à un engorgement des salles d'attente, avec des personnes en souffrance ayant des problématiques de plus en plus complexes et qui demandaient soit différents niveaux de réponse, soit un autre niveau de réponse que celui pouvant être offert par le lieu auquel les personnes s'adressaient.

La précarité socioéconomique d'une partie de la population en Région de Bruxelles-Capitale favorise la souffrance psychosociale et impose le travail en réseau.

Un troisième constat était que certains des partenaires, non professionnels en santé mentale, étaient quotidiennement confrontés à des problématiques comprenant des aspects relevant de la santé mentale, ne sachant pas toujours comment soit les orienter, soit, quand ce n'est pas possible, faire face à cette problématique qui ne relevait pas de leur savoir-faire.

L'hypothèse de départ était qu'une amélioration de la connaissance réciproque des différents partenaires et l'instauration d'un dialogue systématique entre des structures aux logiques radicalement différentes auraient des conséquences sur la prise en charge de situations, le tissu créé entre les partenaires permettant de maintenir, autant que faire se peut, les personnes en souffrance psychique, dans leur milieu de vie naturel. En d'autres mots, elle pensait qu'une meilleure vision par les professionnels du réseau, et une meilleure connaissance de leur logique interne, de leur fonctionnement, de leurs limites structurelles, légales et déontologiques, auraient pour bénéfice :

- pour les professionnels, de pouvoir mieux orienter, d'avoir des lieux d'adresse faisant repère pour eux, permettant ainsi de briser parfois leur sentiment d'isolement,
- pour les usagers, les bénéfices escomptés étaient une amélioration de l'identification des ressources potentielles du tissu social environnant, une diminution du risque de renforcement de l'isolement quand les professionnels font réseau, cela peut aussi faire réseau pour le patient ainsi qu'une diminution du risque de stigmatisation de son symptôme.

Le projet a démarré il y a un an et demi et il a rapidement été constaté que le travail en réseau allait bien au-delà de ce qui avait été imaginé et dépassait largement le cadre initialement défini.

La première année a permis de présenter les uns aux autres, de définir les missions, conceptions du travail, ressources et limites structurelles, légales, déontologiques. Cela a été très riche et, bien que les structures soient très différentes, cela a permis de pouvoir commencer à dialoguer.

Cette première année a également permis d'aller plus en avant dans des constats communs.

- L'impuissance dans un certain nombre de cas avec comme corollaire un réflexe fréquent de déresponsabilisation (renvoi d'une structure à l'autre);
- L'incompréhension dans les actes posés ou pas posés par les autres acteurs, l'incompréhension par rapport à leur logique de fonctionnement : « qu'est-ce qui fait que ça marche, qu'est-ce qui fait que ça ne marche pas, que peuton y faire » ?
- Et le besoin d'une meilleure connaissance des autres structures de proximité afin de pouvoir orienter au mieux les usagers dans un contexte de complexification de la souffrance psychosociale (terme générique).

Cela a permis également de penser le cadre de travail : « qu'est-ce que travailler en réseau, quelles en sont les limites, quel sens leur donner ? » avec la volonté générale d'éviter d'entrer dans toute une série de dérives possibles si l'on n'y prend pas garde (contrôle social, etc.). La question du secret professionnel et la nécessité de s'en tenir à un fonctionnement horizontal plutôt que vertical.

Résultats – plus-value :

- modification des pratiques, acquisition de nouveaux réflexes;
- sentiment de compétence accrue de la part des différents travailleurs;
- importance des liens interpersonnels;
- partage de la responsabilité;
- dimension de recherche-action (implique une démarche d'auto-évaluation permanente) - nécessite beaucoup de temps;
- circulation de l'information;

 meilleurs passages, meilleure communication, meilleure compréhension mutuelle – importance de la confiance et des rapports interpersonnels.

L'auteure est convaincue de la pertinence et de l'importance du travail en réseau, en particulier dans un contexte socio-économique que Mme Lydwine Verhaegen et l'Observatoire de la Santé ont largement décrit.

Depuis toujours, les services de santé mentale, et beaucoup d'autres structures parmi lesquelles figurent les partenaires sociaux, ont une culture de travail en réseau. Nombre de services de santé mentale ont d'ailleurs commencé par là.

La pratique du travail en réseau n'est donc pas une nouveauté, mais s'avère de plus en plus nécessaire dans un contexte de complexification des demandes, d'une part, et, d'autre part, d'engorgement de l'ensemble des structures sanitaires et sociales.

En effet, la conception du réseau comme étant celui qui se forme autour de chaque individu, si elle est toujours d'actualité, n'est cependant plus suffisante.

Certes, une formalisation minimale des réseaux est indispensable pour assurer la pérennité de ceux-ci et de leur permettre de bénéficier de soutiens divers.

Mais s'il est vrai que la formalisation est un levier, c'est aussi un risque. Il s'agit d'éviter toute dérive technocratique qui vide les réseaux de leur essence, à savoir une souplesse, une réactivité, une adaptabilité aux besoins des patients et à la pratique professionnelle. Il n'existe pas un type de réseau, mais des tas de réseaux différents, qui répondent chacun de façon spécifique à des besoins spécifiques sur un territoire spécifique, et qui ne sont donc comme tels pas transposables d'un lieu à l'autre. Il faut donc veiller à ne pas trop les formaliser ni à les créer de manière artificielle.

Ce qui pousse les travailleurs à se mettre en réseau de manière plus formalisée, c'est avant tout un désir de travailler ensemble autour d'un projet commun. Trop formaliser les réseaux, imposer des partenariats de l'extérieur, c'est tuer le réseau. Il n'y a qu'à voir les coordinations sociales et d'autres réseaux très formalisés. Si certains fonctionnent très bien, la majeure partie d'entre eux dysfonctionnent largement et sont davantage préoccupés par des enjeux particuliers divers que par une réelle volonté de se coordonner rendant par là le réseau lui-même stérile.

A cela s'ajoute des réticences déontologiques. Quand on pense un réseau de manière figée, hiérarchisée, avec des trajectoires prédéterminées, on enferme le patient et on lui dénie toute forme de créativité propre. Il est des patients qui ne bénéficieront jamais du travail en réseau. Il est important de tenir compte de référents particuliers à notre champ car on

ne peut pas faire fi de la singularité dans le champ de la santé mentale.

De plus, un réseau figé, avec des trajectoires prédéterminées, n'est pas loin d'évoquer l'image du panoptique de Bentham, univers totalisant, enfermant, duquel le patient pourrait être vu où qu'il soit.

Il est donc difficile de penser un seul type de réseau, hiérarchisé, où les patients devraient suivre des trajectoires définies a priori.

La Commission communautaire française consacre une subvention de 100.000 euros pour le financement des réseaux santé pour l'année 2005, ce qui devrait permettre de terminer l'année (les réseaux sont en principe subsidiés jusqu'en novembre 2005). Mais qu'adviendra-t-il des 10 réseaux en 2006, en sachant que les années précédentes, les réseaux ont été financés par des « queues de budget » qui n'existent plus aujourd'hui ?

L'année passée déjà, le travail était parasité par des inquiétudes quant à la reconduction du projet et par tout le travail administratif lié à la demande de nouveaux subsides. Il serait bénéfique qu'un minimum de pérennisation soit assuré pour le secteur.

En outre, inviter les travailleurs de terrain à travailler en réseau a un corollaire. Il faut que les mandataires politiques travaillent eux aussi ensemble. Il n'est en effet pas rare de voir que des actions limitées voire freinées par des enjeux politiques, et de constater aussi dans le chef du monde politique, une méconnaissance de ce qui existe déjà.

Ces réseaux, bien qu'étiquetés « réseaux santé », n'ont pas comme objet unique la santé. Ils sont certes sans cesse traversés par des questions de santé mentale mais aussi par un sentiment d'insécurité et par les précarités sociales liées à l'emploi et au logement. C'est pourquoi, il est important que les ministres aussi travaillent en concertation pour penser le lien qu'y existe entre toutes ces sphères de l'individu qui sont indissociables l'une de l'autre.

L'auteure propose une subvention des « réseaux santé » sur les budgets des différents ministres en charge du logement, de la santé et des affaires sociales.

Elle pense aussi que le réseau est un lieu optimal d'observation, de recherche-action, et qu'il a quelque chose à dire sur ce qui se passe sur le terrain. Le réseau peut être le porteparole tant des professionnels des différents secteurs que celui des usagers des centres. C'est pourquoi il est aussi important pour le réseau de poursuivre le dialogue avec les mandataires politiques.

11. Exposé du Docteur Axel Hoffman, président de la Fédération des Associations des Médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB)

La commission entend, à présent, l'exposé du Docteur Axel Hoffman.

Les médecins généralistes à Bruxelles, leur rôle en santé mentale et dans l'accompagnement des usagers de drogues

L'intervention des médecins généralistes dans les champs de la santé mentale et de la toxicomanie paraît souvent marginale, que ce soit pour le grand public ou pour le politique. Deux raisons à ce trompe-l'oeil. La première tient à leur essence même de généraliste dans une société obsédée par l'intervention des spécialistes et des experts. Le généraliste est souvent considéré comme une porte d'entrée, le premier maillon d'une chaîne dont le rôle s'arrête dès que commencent les choses sérieuses. La seconde raison est une idée reçue dérivée de la structure du système de santé. Le rôle minimisé des généralistes ne justifie pas qu'on les aide, d'autant que leur financement dépend de l'INAMI.

Afin de gommer ces erreurs de perspective, le Docteur Hoffman rappelle brièvement le rôle et les fonctions des généralistes dans un système de santé « XXIème siècle », présente ensuite la FAMGB et son homologue néerlandophone, le BHAK, qui sont les interlocuteurs légitimes des pouvoirs publics en Région de Bruxelles-Capitale et qui ont créé une structure de coordination nommée Hippocrate. Enfin, il décrit l'action et les besoins des médecins généralistes dans les champs de la santé mentale et de la toxicomanie.

Le généraliste du XXIème siècle

Contrairement aux spécialistes dont le domaine se fait toujours plus pointu et donc toujours plus étroit, les généralistes d'aujourd'hui voient leur champ d'action s'ouvrir largement. Ils se sont appropriés la définition étendue de la santé telle qu'elle a été définie à Alma Ata et qui implique un bienêtre physique, psychologique, social, culturel, ainsi que les concepts énoncés à Ottawa et Adélaïde sur la prévention et la promotion de la santé. Cette mutation commencée dès les années '80 a profondément remanié leur identité et leur action.

Non seulement ils demeurent les acteurs de base dans le domaine curatif, mais ils déploient leurs interventions dans une perspective globale, incluant les déterminants non strictement médicaux de la santé, tels que les facteurs psychosociaux, environnementaux et culturels. De par leur position centrale en première ligne, ils remplissent une fonction de synthèse de ces diverses approches et représentent un axe transversal essentiel de toute action de santé. Ils sont amenés à diversifier et étendre sans cesse leur réseaux de collaborations, bien au-delà du monde médical; ils constituent le pivot de la communication entre les différents intervenants. Leur implantation dans les quartiers fait des généralistes les principaux agents de proximité, connus de leur population, aisément accessibles que ce soit au plan financier, culturel, temporel ou géographique. Leur activité se déploie sur l'ensemble du territoire en un maillage plus serré qu'aucun autre dispositif et dans une continuité sans faille. C'est ainsi qu'ils sont souvent les premiers acteurs professionnels interpellés par la population dans les problématiques de santé mentale et de toxicomanie.

La FAMGB et le paysage généraliste

La majorité des généralistes exercent en « solo », mais ils ne pratiquent pas en solitaires. S'ils ont développé les collaborations et les réseaux avec tous les intervenants opérant dans les champs non seulement de la maladie mais aussi de la santé au sens large, ils n'ont pu le faire efficacement qu'en s'organisant entre eux. Trois plans principaux structurent le paysage généraliste :

- les syndicats médicaux qui concentrent leur activité sur l'organisation pratique de la profession;
- la société scientifique de médecine générale (SSMG), acteur déterminant dans la formation continue et la qualité de soins;
- et les associations de médecins généralistes, qui regroupent les médecins exerçant dans une zone géographique déterminée et développent une importante activité de terrain, centrée sur les problématiques locales : relation avec les CPAS, organisation de la garde de médecine générale, interaction avec les hôpitaux, les pharmaciens, les paramédicaux et les services à domicile, structuration des contacts avec le tissu associatif local et avec les autorités locales, mise en place de dispositifs liés aux problématiques locales, etcetera.

A Bruxelles, une dizaine d'associations de médecins généralistes couvrent la région, selon un découpage impliquant de une à trois communes. Ces différentes associations se sont regroupées au sein d'une fédération : la FAMGB. Depuis trois ans, les associations de médecins généralistes sont reconnues et subventionnées par le niveau fédéral pour une double mission : l'organisation d'une garde publique de médecine générale le week-end et une fonction de représentation. A fin de simplification et de cohérence des démarches, c'est la Fédération des associations, la FAMGB, qui est l'association unique reconnue au niveau bruxellois francophone, le BHAK l'étant de même au niveau néerlandophone.

La FAMGB et le BHAK se rencontrent au sein d'une structure de coordination, non reconnue par le fédéral, nommée Hippocrate.

Un autre acteur mérite encore d'être identifié: les maisons médicales. Une maison médicale est une association d'acteurs de première ligne, généralistes, kinésithérapeutes et infirmiers constituant le noyau de base, qui exercent dans un lieu commun. Les généralistes des maisons médicales participent comme les généralistes « solo » aux associations locales. Pour les thèmes qui nous occupent ce matin, il n'y a que peu de pertinence à établir une distinction entre maisons médicales et généralistes solo.

Santé mentale

Le Docteur Hoffman ne souhaite pas revenir sur la notion de santé mentale qui déborde largement le cadre de la maladie pour associer aux facteurs médicaux et psychologiques des éléments aussi variés que les conditions de travail – ou d'absence de travail – et de logement, les problèmes matériels, la précarisation, l'inégalité croissante tant au niveau symbolique que financier, le contexte toxicologique ou environnemental, la vie en milieu multiculturel, l'isolement, l'atomisation du tissu familial et relationnel, la pression des modèles inaccessibles et de l'obligation de performance, les nouvelles difficultés d'être soi ou d'être reconnu, les questions de violence intrafamiliales, l'injustice et l'exclusion sous toutes ses formes, les aspects juridiques liés aux problèmes, etcetera.

La description du rôle du généraliste du XXIème siècle qui vient d'être exposé rend compte de l'importance insoupçonnée de leur travail en ce domaine. Car toutes ces difficultés se retrouvent dans le cabinet du généraliste. Il en est souvent le premier et parfois le seul réceptacle. Acteur de proximité, directement accessible et compétent pour l'accueil de la plainte, c'est vers lui que se tournent d'abord les personnes en souffrance. Il peut les recevoir dans la confidentialité et sans que la personne se sente stigmatisée : personne ne saura pour quel motif le patient aura poussé la porte du généraliste. Et dans le secret du cabinet, la plainte aura tout loisir de se déployer à son rythme. Souvent la plainte du domaine de la santé mentale se présentera d'abord sous des aspects somatiques, tant par pudeur, par difficulté à oser se dévoiler que par besoin de tester la capacité d'écoute du médecin. Tout l'art de la négociation autour du symptôme-prétexte déterminera le futur du travail thérapeutique. Parfois, même au terme d'un travail largement étalé dans la durée, la personne en souffrance n'acceptera pas d'envisager que son mal a un versant psychologique et le généraliste aura à gérer seul le problème, éventuellement en supervision. Quand les véritables enjeux seront exprimés et qu'une alliance sera conclue, il faudra ensuite avancer vers le choix de l'intervention et l'éventuelle décision d'un suivi par des services spécialisés dans les domaines concernés par la plainte, sous ses aspects intriqués que nous avons décrits, y compris ceux qui ne concernent ni la psychè ni le soma. Certains patients, pour diverses raisons parfois légitimes, attendront du médecin qu'il prenne lui-même la problématique en charge et là ce dernier devra connaître et faire reconnaître ses limites par le patient, ce qui prendra parfois de nombreuses consultations. Pour ce qui excède sa compétence ou sa disponibilité, le généraliste devra avoir développé, y compris dans les domaines non médicaux ou psychologiques, des réseaux de collaboration et de références diversifiés, personnalisés, susceptibles de rencontrer la demande au plan objectif et d'être subjectivement acceptables par le patient, et accompagner la demande jusqu'à l'étape suivante. Dans ces démarches, il sera le témoin privilégié de toute une série de mécanismes sociétaux dont il aura à rendre compte et jouera au niveau local un rôle communautaire majeur même s'il demeure (pas toujours) informel.

Cette description fort simplifiée du travail du généraliste suffira à mettre en évidence ses besoins d'appui en santé mentale.

Tout d'abord, il a à développer des compétences de base dans de nombreux domaines peu développés dans sa formation. A l'heure actuelle, cet aspect est en grande partie abandonné à l'expérience qu'il acquerra sur le terrain. L'échange de savoirs entre les généralistes et les secteurs de santé mentale mériterait une plus grande attention.

Ensuite, le généraliste aura à développer un réseau de collaborations efficaces et personnalisées. C'est ainsi qu'il se heurtera à des problèmes de disponibilité du secteur de la santé mentale, manifestement débordé et insuffisant aux heures de bureau et trop peu présent en dehors de ces plages horaires, à l'exception des hôpitaux. Il n'est pas rare que des services de santé mentale renseignent sur leur répondeur le téléphone d'un médecin ou d'une maison médicale sans autre forme de collaboration ou de recours. Quand elle est développée, la communication entre professionnels est trop souvent cantonnée aux contacts personnels. Ce genre de collaboration "administrative" ou limitée à la discussion de cas ne répond pas aux besoins de la population et néglige en outre la possibilité d'action conjointe avec les généralistes au plan communautaire. Quoi que ces remarques ne soient pas de mise en certains endroits où des concertations satisfaisantes fonctionnent, il existe néanmoins un réel besoin de plus d'interdisciplinarité au niveau local.

Enfin, il y a un besoin de transversalité. Il n'y a pas de lieu qui rassemble tous les acteurs et permette l'échange systématique de données que ce soit au niveau épidémiologique – et en ce domaine, l'Observatoire de la Santé et du Social devrait disposer de davantage de moyens – au niveau des spécificités locales ou au niveau de l'échange d'expériences. Les premières Assises de l'ambulatoire avaient soulevé trois problé-

matiques, dont la transversalité. Toutefois, c'est sur le thème de l'évaluation qu'une recherche est lancée, thème sans doute fort important. Les généralistes souhaitent que les questions de transversalité soient prochainement prises en compte.

Il faut toutefois dire clairement que si des insuffisances sont soulevées, le développement des centres de santé mentale a constitué un plus indéniable pour la prise en charge des questions de santé mentale adressées aux généralistes, et que les remarques ne relèvent pas d'une critique négative mais d'un désir d'avancée.

Il n'y a, selon le Docteur Hoffman, que peu de statistiques suivies du volume de « problématiques santé mentale » géré par les généralistes mais les données disponibles sont parlantes

Dans un article paru dans Santé conjuguée en janvier 2002, Jean-Yves Donnay, sociologue au Centre d'études et de recherche en administration publique de l'ULB, cite une étude européenne portant sur 78.500 patients dont 7.800 belges qui montre que plus de la moitié des patients consultent d'abord leur médecin généraliste pour des problèmes mentaux.

Ces chiffres recoupent différentes enquêtes réalisées auprès des généralistes notamment par le Journal du médecin, qui indiquent que plus de 50 % des consultations en médecine générale recèlent une demande en santé mentale, que cette demande soit ou non le motif explicite ou principal de la consultation.

Autre élément significatif, la prescription de psychotropes en médecine générale, notamment d'antidépresseurs, explose. Ce phénomène accepte diverses grilles de lecture. On peut y voir l'impact de l'évolution pharmacologique qui met à disposition des molécules aisément maniables en ambulatoire par les généralistes; ou l'effet d'une dérive vers la médicalisation des problèmes sociaux; ou l'attrait du public pour les « solutions-pilules » au détriment d'un travail en profondeur ou de la reconnaissance des vraies problématiques; ou même les modifications de perception de la maladie mentale, influencées tant par l'évolution sociologique que par les développements de la psychiatrie qui se prend d'une irrésistible attirance vers la neurobiologie, au bénéfice d'ailleurs des puissants lobbies pharmaceutiques qui stimulent ce mouvement. Il n'en demeure pas moins que cette explosion de prescription des psychotropes correspond à une demande adressée aux généralistes, ce qui indique un volume important de demande en santé mentale.

Les médecins généralistes reçoivent ces demandes dans le cadre d'actes remboursés par l'INAMI qui ne tient compte que de l'aspect curatif du travail. Rien n'est prévu pour les aspects prévention, promotion de la santé, travail communautaire, travail en réseau, développement des collaborations, concertations ou coordinations (4), toutes fonctions particulièrement dévoreuses de temps et d'énergie, alors que les généralistes sont probablement, en volume, les premiers intervenants en santé mentale, cela pose question.

Les généralistes et les usagers de drogues

Le Docteur Hoffman ne souhaite pas rentrer dans le débat de savoir si et quand l'usage de drogue est une maladie. Non seulement ce débat entraînerait trop loin les commissaires de l'objet de la discussion mais il serait biaisé dès l'entame puisque les généralistes reçoivent les demandes des usagers de drogue lorsque cette pratique est vécue comme problématique, que ce soit par l'usager lorsqu'il consulte de son propre chef, ou par un tiers, famille, justice ou autre, lorsqu'il consulte sous une pression extérieure. Ceci ne signifie pas que les généralistes sont enfermés dans le curatif. Par leur position en première ligne, ils sont également actifs dans les domaines de la prévention primaire et de la promotion de la santé, ainsi que dans celui de la prévention des risques.

Les généralistes prennent en charge, à des degrés divers, toutes les assuétudes et, étrangement, leur intervention semble surdéterminée par le caractère licite ou illicite de la drogue, alors que sur le plan de leur compétence de médecin, cette division n'a pas de pertinence majeure. En effet, les drogues licites ont tendance à être médicalisées, les adeptes du tabac et de l'alcool sont les « clients naturels » de la médecine, même si les concomitants psychosociaux ne sont pas négligés, alors que les usagers de drogues illicites sont plus facilement orientés vers la sphère psycho-sociale, même si celle-ci n'oublie pas forcément les aspects physio-pathologiques liés à cet usage. Ceci souligne à souhait la nécessité d'une grande interaction entre les intervenants médicaux, psychologiques ou spécialisés en toxicomanie.

Le Docteur Hoffman précise, toutefois, que si quasi tous les généralistes sont compétents pour la prise en charge de l'alcoolisme et du tabagisme, seule une partie d'entre eux est formée pour la prise en charge de l'héroïnomanie et des autres drogues dites dures. Ces dernières compétences relèvent en effet d'une démarche volontaire dans le cadre de leur

⁽⁴⁾ Concrètement, seuls les « actes médicaux » sont honorés. Tout le temps passé par le généraliste au travail non curatif est bénévole. Il n'est ni payé, ni défrayé quand il prend des contacts, se rend à une concertation ou une réunion, rédige des rapports, élabore une réflexion, met sur pied une recherche ou participe à des formations. Lorsque ces activités, cas le plus fréquent, se déroulent en journée, temps normalement consacré aux consultations et visites, elles le privent en outre du revenu qu'il aurait pu réaliser alors que ses frais fixes demeurent inchangés. Quand on sait in fine que le niveau de revenu lié à l'acte intellectuel (qui constitue l'essentiel de l'activité des généralistes, au contraire des spécialistes qui bénéficient des rentrées importantes liées aux actes techniques) est un des plus bas d'Europe occidentale, on peut imaginer que les bonnes volontés pour le travail non curatif ne sont pas légion ou s'usent rapidement. Et pourtant, il est rare qu'ils répondent absent ...

formation continuée, la formation de base ne s'étant ouverte que très récemment et de manière nettement insuffisante à ce sujet.

La prise en charge des usages de drogue par les généralistes présente un certain nombre de spécificités qui différencient leur intervention de celle des structures axées sur cette seule problématique. Ces spécificités rappellent celles déjà décrites en parlant de la santé mentale, aussi le Docteur Hoffman n'en énumérera que brièvement les traits majeurs.

- Les généralistes constituent le niveau d'accès le plus proche au système de soins. Ils sont souvent bien connus dans le quartier et donc des usagers désireux d'affronter leur assuétude et leur abord est moins effarouchant que celui d'une institution. Ils sont disponibles, ouverts chaque jour, disséminés sur tout le territoire, et n'opposent pas de liste d'attente. Ils connaissent souvent le milieu et les conditions de vie du quartier. La plupart de ceux qui accueillent les usagers de drogues ont une fibre sociale et offrent des facilités financières (tiers payant pour les patients désargentés ou forfait dans certaines maisons médicales).
- Leur accueil est indifférencié. Les usagers de drogues sont assis dans la salle d'attente, entre la mère de famille qui berce son enfant fiévreux, l'employé de poste déprimé et l'ancêtre qui mêle son arthrose à ses souvenirs du bon vieux temps. Ce mélange, nonobstant certains présupposés, ne génère pas de tensions mais a au contraire un effet resocialisant qui participe au traitement de ceux que la drogue tend à exclure. Les usagers de drogues qui consultent en médecine générale apprécient : « Chez vous, docteur, on n'est pas qu'avec des tox! ».
- Les généralistes mettent en place une prise en charge globale. Les consultations répétées permettent un travail dans la durée au cours duquel ils centralisent les différents aspects de la problématique des usagers. Au-delà de la drogue, ils s'intéressent à la santé physique (recherche et traitement des MST, de l'hépatite C, de tout autre problème de santé, y compris dentaire), à la santé mentale (travail avec la famille, mise en condition progressive pour un travail psychologique), aux difficultés sociales (on a beaucoup parlé ailleurs de la médicalisation des problèmes sociaux, ici le médecin tend à rendre au social ce qui lui revient).

A ce trépied médico-psycho-social peuvent s'ajouter des considérants culturels ou religieux auxquels le médecin immergé dans le quartier est sensibilisé. Il en est de même pour les aspects environnementaux tels que les conditions de logement que le médecin, en visite à domicile, connaît aisément.

Il va de soi que ce travail ne peut se réaliser qu'en collaborations avec des intervenants spécialisés, que le médecin introduira progressivement dans le suivi de l'usager, en accord avec lui et au moment où ces interventions seront opportunes et acceptables. Cette approche d'homme-orchestre ne se déploiera harmonieusement que si le médecin connaît ses limites et ses lacunes et dispose du soutien de ses collaborateurs avec lesquels doit s'installer une réelle interdisciplinarité. Il pourra ainsi référer les patients qu'il ne se sent pas apte à accompagner et établir les passerelles nécessaires.

En Région de Bruxelles-Capitale, il y a entre 100 et 200 généralistes qui accueillent les usagers de drogues dures. Ce chiffre est malaisé à quantifier car il n'existe pas de recensement à ce sujet. Ils travaillent dans un environnement marqué par l'existence de nombreux autres intervenants, services hospitaliers et structures axées sur la seule problématique de la drogue (Lama, Enaden, RAT, les MASS, etcetera). Il est probable que les usagers suivis dans chacune de ces filières présentent des profils différents ou se trouvent à des stades différents de leur parcours. La variété de la palette d'offre de soins est donc bienvenue et n'est pas vécue comme une rivalité.

Sur un plan plus spécifiquement généraliste bruxellois, deux structures existaient dans les années 90 : le RAT (réseau d'aide aux toxicomanes) et AlTo (alternative à la toxicomanie). Le projet AlTo, créé à l'initiative de Mme Magda de Galan et bénéficiant de l'appui logistique de la société de médecine générale (SSMG), a largement contribué à la sensibilisation des généralistes et au développement d'une offre de soins de qualité, mais son subventionnement a rapidement décru et s'est éteint en 1999, alors que la Région wallonne continue à le soutenir activement et en a fait un instrument performant de soutien aux généralistes, d'étude de la problématique de la drogue et de santé publique. Depuis la mise en sommeil de AlTo-Bruxelles, le RAT, membre de la Fedito, demeure le seul organisme dispensant des formations de base et continues en la matière. Sans nier l'intérêt de l'approche du RAT, le Docteur Hoffman regrette que l'absence de moyens ait évacué AlTo qui avait la particularité, grâce à la collaboration de la SSMG, d'intégrer la problématique de la drogue à l'intérieur même de l'activité normale des généralistes.

L'orateur précise que le Docteur Dominique Lamy décrira plus largement le mouvement AlTo. Les généralistes de Bruxelles, représentés par la FAMGB, défendent une relance du mouvement AlTo. Dans ce projet, la collaboration et le soutien de la SSMG (logistique mais aussi au plan de la recherche action) demeure acquise.

La volonté de faire renaître AlTo de ses cendres se nourrit de plusieurs constats : diminution, en nombre et en qualité, de l'offre d'accompagnement des usagers liée à une diminution de généralistes formés, moindre ouverture vers les généralistes des institutions spécialisées en la matière, indigence persistante de la formation de base des généralistes que comblait l'expertise développée par AlTo, constat de carences dans l'implantation locale des réseaux de collaboration que le travail de AlTo avec les associations de généralistes pourrait redynamiser, besoin de réappropriation par les généralistes bruxellois d'un domaine où ils ont fait leurs preuves, nécessité de mise en commun des apports qui continuent à affluer de la Région wallonne, que ce soit au niveau de la pratique, de l'établissement de données de santé publique ou de la recherche (recherche au plan local et participation aux travaux de l'OEDT, Reitox et Eurotox).

Sur un plan concret, la renaissance d'AlTo aurait pour objet :

- de sensibiliser à la problématique actuelle de la drogue les généralistes qui ne le sont pas encore notamment les plus jeunes générations;
- de leur faire connaître les offres de formation existantes et si nécessaire de mettre en place des formations pour ceux qui ne sont pas touchés par l'offre existante;
- de relancer les intervisions et la formation continue (ce qui rencontre les exigences de l'arrêté royal « méthadone » et répond à la nécessité de maintien de la qualité des accompagnements, au bénéfice du grand nombre de patients pris en charge);
- de recenser les praticiens pour mieux cibler les actions et permettre des concertations avec les institutions spécialisées;
- de recenser les patients suivi par les généralistes;
- et d'évaluer l'impact de leur intervention et, en ce sens,
 AlTo pourrait prendre une place en surplomb en comptabilisant les isolés non connus des institutions;
- d'accroître la perception du paysage de l'usage de drogues qui est en constante mutation (banalisation du cannabis, modification des pratiques de consommation et des types de produits utilisés, montée de l'intolérance vis-à-vis du tabac et de l'alcool, etc.);
- de formaliser les relations avec l'OEDT, Reitox et Eurotox (objectif épidémiologique et de santé publique);
- de développer la collaboration avec l'Observatoire de la santé, la Concertation toxicomanie Bruxelles, MSF, les institutions spécialisées;
- et enfin de constituer un interlocuteur « généraliste » visà-vis des pouvoirs locaux et régionaux.

Comme dans le domaine de la santé mentale, les généralistes représentent le principal intervenant en volume de soins dans le champ de la toxicomanie. Ils développent l'accueil et l'information des usagers, les accompagnent, les soignent, font de la prévention et de la réduction des risques, combattent les exclusions, favorisent la communication sur l'usager et le patient, et maintiennent leur compétence grâce à la formation continue. Leur potentiel semble pourtant sousutilisé. Une structure telle qu'AlTo, aux mains des généralistes, faciliterait ces différentes tâches et les développerait au-delà des niveaux actuels.

En conclusion, le Docteur Hoffman observe que les généralistes se sentent souvent isolés ou parfois mis à l'écart dans les problématiques de santé mentale et de toxicomanie. Ils représentent pourtant, en volume de prise en charge, le principal intervenant dans ces domaines. Ce paradoxe est sans doute lié à leur réputation d'individualistes qui n'est pas sans fondement mais perd chaque jour de sa pertinence, à leur financement par l'INAMI, qui ne couvre pourtant que le curatif, à la méconnaissance de leur potentialité d'acteur de santé publique, au vécu parfois obsidional des intervenants spécialisés dont la culture des réseaux n'a pas intégré les généralistes en tant que groupe, à l'inconscient collectif qui dévalorise le « général » au profit du spécialisé et de l'expertise, ce qui entre en contradiction avec la nouvelle culture citoyenne, à l'image des généralistes, masse indistincte dans laquelle les pouvoirs publics et les intervenants spécialisés ont encore tendance à sélectionner des interlocuteurs individuels, mode d'action qui n'est plus de mise au moment où les généralistes ont constitué des structures qui sont autant d'interlocuteurs légitimes et représentatifs.

Le Docteur Hoffman estime que les médecins généralistes éprouvent des difficultés à se faire reconnaître vis-à-vis des mondes politiques et spécialisés mais qu'il n'en va pas de même avec le public. Les patients et usagers s'adressent à eux en premier recours parce qu'ils représentent le niveau de compétence le plus proche et qu'ils comblent l'écart entre les dispositifs qui ont été pensés pour les personnes en difficulté et ces mêmes personnes en difficulté.

La FAMGB défend en territoire bruxellois l'identité des généralistes et met à disposition leur capacité à collaborer à l'action publique en tant que force organisée et à organiser davantage. L'objectif premier, dans les matières qui les occupent ici, est de développer et formaliser les transversalités et l'interdisciplinarité et de mettre en place les instruments adéquats avec leurs partenaires spécialisés.

Autant si pas plus qu'un capital financier, c'est un capital symbolique que les généralistes reconstituent. Le Docteur Hoffman, président de la FAMGB, remercie les commissaires d'avoir eu l'occasion de faire entendre le message de la Fédération en cette assemblée.

12. Exposé du Docteur Dominique Lamy, responsable régional Mons-Borinage pour le mouvement AlTo

La commission termine ses auditions du 8 juin 2005 par l'intervention du Dr Dominique Lamy.

Né en 1992, le mouvement AlTo voulait apporter une Alternative aux Toxicomanies. A l'époque le constat des généralistes de terrain confrontés à ces patients était celui de longues listes d'attente pour les patients en demande de sevrage dans les centres résidentiels et l'impossibilité de prescrire un traitement de substitution, celui-ci, en l'occurrence la méthadone, relevant toujours de la loi sur les stupéfiants.

A l'automne 1992, un groupe de médecins montois décidait d'organiser un cycle de formation à la prise en charge des patients toxicomanes dans un cadre particulier, celui des cabinets de médecine générale. L'idée fondatrice était que, si chaque généraliste prenait en charge deux ou trois patients toxicomanes, cela répondrait immédiatement à la demande. La volonté était aussi de réinsérer le patient dans un cadre de vie aussi normal que possible.

L'accueillir comme un autre patient, dans la salle d'attente, avec les autres patients était une marque de reconnaissance de son état de « vivant » et de « malade ». Cette formation eut aussi le mérite d'être reconnue par les différentes autorités, à savoir le Parquet de Mons, le conseil provincial de l'Ordre des Médecins du Hainaut et la commission médicale provinciale. Elle fut aussi et surtout soutenue et parrainée par la ministre de la Santé et des Affaires sociales de la Communauté française de l'époque, à savoir Mme Magda De Galan. Plus de 400 personnes, dont la moitié de médecins, suivirent à l'époque la vingtaine d'heures de conférences et tables rondes. C'est dire l'intérêt d'un tel projet dans le monde des soins de première ligne. De par sa dimension tant scientifique que praticienne, le mouvement AlTo trouva naturellement le giron de la SSMG pour se développer.

Dans un premier temps, c'est l'axe de formation qui fut développé, pour ensuite faire place, petit à petit, à un soutien de l'activité curative, notamment par la création de groupes d'intervision et de réunions de formation continue. Le volet préventif fut et est toujours partie prenante de la réflexion du mouvement AlTo.

Aujourd'hui ce réseau de généralistes, subsidié par la Région wallonne, continue à accueillir en pratique courante, en ambulatoire, des patients toxicomanes ayant demandé une aide pour un sevrage et/ou une substitution. Cette approche permet une accessibilité optimale en continuité avec les soins de santé habituels délivrés en médecine générale. L'ac-

compagnement de l'usager de drogues se pratique dans le cadre et aux conditions habituelles de l'exercice de la médecine générale : liberté de choix du patient, liberté thérapeutique dans les limites de la bonne pratique, neutralité bienveillante et respect de la déontologie.

Le réseau ainsi constitué en réponse aux demandes d'aide se veut aussi espace de rencontre et de formation permettant une réflexion critique sur les pratiques. Le médecin doit être compétent et formé spécifiquement. Des séances d'intervision, avec discussion de cas, des séances de formation continue sont régulièrement proposées dans les différentes régions à l'initiative des responsables régionaux. Une école de formation pour des confrères néophytes est proposée régulièrement. Trois nouveaux cycles seront proposés dès l'automne prochain dans les régions du Centre, du Sud Namurois et de Liège.

Des travaux de recherche sont possibles dans le cadre du réseau afin de développer les compétences du et dans le réseau. Deux grandes études ont été lancées et publiées, l'une concerne l'hépatite C (évalumet) et l'autre la parentalité. Par ailleurs, plusieurs intervenants du réseau ont publiés des travaux à destination des professionnels.

Le recours à d'autres intervenants même institutionnels pourra être proposé si nécessaire ou à la demande du patient. L'ouverture à la pluridisciplinarité est un des éléments conducteurs de l'action du mouvement AlTo.

Enfin, tous les animateurs régionaux participent à de nombreuses réunions d'échanges tant locales que régionales et nationales, sans oublier les nombreux contacts avec les pays limitrophes (Pays-Bas et France) au travers des projets Interreg, mais aussi des congrès internationaux.

Pour terminer, le Dr Lamy présente en quelques chiffres les résultats de l'enquête réalisée début 2005 en Région wallonne auprès des médecins du réseau. Actuellement près de 200 médecins prennent en charge 2.640 patients toxicomanes dans leurs propres consultations ce qui fait une moyenne de 15 patients par médecins. Les produits pour lesquels les patients consultent sont le cannabis (72 %), l'héroïne (64 %) et la cocaïne (47 %). Les autres drogues (extasie, amphétamine, ...) apparaissent aussi dans l'enquête mais de façon moins marquée. L'alcool occupe une place prépondérante (+ de 80 %). Dans la plupart des cas, il s'agit de polytoxicomanies. Enfin, une enquête téléphonique menée par IPSOS-INRA sur l'impact du Réseau AlTo en Région wallonne montre que plus d'un médecin sur trois connaît le réseau.

Le réseau AlTo dispose d'un site internet www.alto.ssmg.be sur lequel se trouve toutes les informations et publications du mouvement.

13. Discussion générale

Le Dr Dominique Lamy informe Mme Rousseaux (MR) qu'une formation à la prise en charge des patients toxicomanes sera organisée dès l'automne 2005 dans les régions du Centre, du Sud namurois et de Liège. Ce cycle de formation de quatre séances de trois heures chacune s'adresse aux médecins généralistes néophytes dans le domaine.

Mme Braeckman (Ecolo) souligne la difficulté pour les généralistes de soigner les patients toxicomanes dans le contexte politique actuel qui prône la « tolérance zéro ».

Elle s'interroge sur la participation des médecins généralistes dans le processus d'élaboration des lois et arrêtés d'application.

Le Dr Lamy précise que les médecins généralistes ne sont pas consultés en tant que praticiens, préalablement à l'élaboration des mesures législatives. Il donne pour exemple les cas de AlTo et du récent arrêté royal sur les traitements de substitution, où la fédération avait été invitée à une discussion pour entendre dire que l'arrêté était publié au *Moniteur*.

M. Galand (Ecolo) reconnaît le dynamisme des médecins généralistes qui créèrent en 1992 le mouvement AlTo et qui se poursuit en Région wallonne.

Il déplore que cette formation ne soit plus subventionnée par le Gouvernement bruxellois et demande à M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé, d'inscrire ce point à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la Conférence interministérielle.

Mme Delforge (Ecolo) s'interroge sur les types de drogues utilisées par les patients qui s'adressent aux médecins généralistes et demande si ceux-ci ont une approche différente des drogues licites et illicites.

Le Dr Lamy rappelle qu'une étude réalisée en 2005 en Région wallonne démontre que les produits pour lesquels les patients consultent sont le cannabis (72 %), l'héroïne (64 %) et la cocaïne (47 %). D'autres drogues telles que l'extasie, les amphétamines, etc. apparaissent dans l'enquête dans une moindre mesure.

Il ajoute que dans la plupart des cas, il s'agit de polytoxicomanies et que dans la pratique, les médecins généralistes prennent en charge toutes les assuétudes qu'elles soient licites ou illicites.

M. du Bus de Warnaffe (cdH) demande si le mouvement AlTo a des contacts avec les centres de promotion de la Santé et si des synergies existent avec d'autres réseaux de formation.

Le Dr Lamy répond qu'il n'existe pas de collaboration directe avec ces centres surtout pour des questions de temps.

Quant à la collaboration avec d'autres structures, il y en a au travers des contacts locaux/régionaux. Nombre de membres du réseau AlTo sont des acteurs médicaux de structures résidentielles, ambulatoires, ou de réseaux en matière de toxicomanie en Région wallonne. AlTo est actuellement le seul dispensateur de formation en toxicomanie pour les médecins généralistes. Les mêmes membres du mouvement sont aussi formateurs, en milieu universitaire notamment au sein des centres universitaires de médecine générale de l'UCL et de l'ULg.

Il précise que le mouvement AlTo, de par sa dimension scientifique et praticienne, se développe au travers de la Société scientifique de Médecine générale (SSMG) et reste une référence dans le domaine.

Mme Lydwine Verhaegen rappelle à Mme Braeckman (Ecolo) que l'étude « Perspective de la politique de santé mentale » initiée par les ministres Thys et Chabert en 1989, a servi de préalable au décret « santé mentale » du 12 avril 1995.

Elle précise que la spécificité du travail et la non-bureaucratisation ont été pris en compte par le décret.

Mme Verhaegen constate une explosion des demandes en souffrance psychique et propose, à cet égard, de développer le service de l'accueil dans les centres de santé mentale et la mobilité. Il faut, selon elle, sortir des murs de l'institution et aller vers le patient.

Mme Braeckman (Ecolo) et M. du Bus de Warnaffe (cdH) soulignent dans le préambule de l'exposé de Mme Verhaegen l'importance des facteurs sociaux sur la santé mentale, responsables de l'augmentation de la souffrance psychique en Région de Bruxelles-Capitale.

Mme Verhaegen répond que les études existantes démontrent que tout ce qui favorise la cohésion sociale contribue à la croissance de l'espérance de vie. La « sociale démocratie » est donc bonne pour la santé. Elle observe en Région de Bruxelles-Capitale une offre des services de santé mentale très large, pointue et diversifiée mais déplore le manque de coordination entre les institutions.

Mme Verhaegen estime que les réseaux santé et la coordination entre les différents niveaux d'interventions sont une réponse.

Mme Braeckman (Ecolo) s'interroge sur le phénomène de l'anti-psychiatrie qui s'est installé en Région de Bruxelles-Capitale où les services de santé mentale se sont développés beaucoup plus que dans les autres Régions.

Mme Verhaegen explique que cette situation résulte notamment de l'histoire de la Belgique. En Flandre, au XIXème siècle, les congrégations religieuses telles que les Frères de la Charité avaient pour vocation de soigner les malades.

M. du Bus de Warnaffe (cdH) demande si l'étude de 1990 « Perspective de la politique de santé mentale » a identifié des indicateurs spécifiques à un territoire.

Mme Verhaegen observe que la Région de Bruxelles-Capitale se situe sur un petit territoire et qu'il est dès lors difficile d'identifier des indicateurs par quartiers ou par communes. Elle souligne que l'étude de 1990 contient les données sur le rapport de la pauvreté.

M. Galand (Ecolo) demande si l'enquête de santé publique de 2001 a été réalisée dans une approche de recherche des besoins de la population et plus spécialement ceux des personnes âgées qui nécessitent des soins plus importants.

Mme Verhaegen précise que cette étude a été menée avec des instruments validés qui sont certainement imparfaits mais qui détectent les besoins. L'enquête prévoit un taux de prévalence lié avec l'âge et a donc anticipé les besoins en gériatrie pour la Région de Bruxelles-Capitale.

M. Galand (Ecolo) souligne l'importance des études de santé publique qui doivent identifier les besoins à venir afin d'aider au mieux le gouvernement dans ses choix budgétaires et de politiques à mener.

Mme Razzouk (MR) rappelle toute l'importance des cadres sociaux qui sont des facteurs déterminants pour la santé et propose à Mme De Galan d'organiser des réunions de travail sur le thème « social-santé » en commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé au Parlement francophone bruxellois.

Elle observe qu'il y a en Région de Bruxelles-Capitale une politique de santé qui consiste à privilégier les services dits « ambulatoires » et à limiter les séjours psychiatriques en milieu hospitalier. Lors d'une visite de l'hôpital de Lierneux, en Région wallonne, elle a constaté que la plupart des patients traités pour dépendance à l'alcool demandaient l'anonymat et en conclut que les cures de désintoxication alcoolique restent un sujet tabou dans la société actuelle.

Mme Razzouk propose de prendre connaissance de l'expérience du Québec et d'en débattre lors d'une prochaine réunion dans le cadre des travaux de la commission.

M. Decourty (PS) souligne l'importance de préparer la sortie médicale du patient qui a séjourné en milieu hospitalier.

Pourquoi les séjours en clinique sont-ils de courte durée ? Cette pratique est-elle liée à une surcharge des institutions hospitalières en Région de Bruxelles-Capitale ?

Mme Verhaegen répond que les hôpitaux ne sont pas débordés, que les lits ne manquent pas à Bruxelles mais constate que les hospitalisations psychiatriques sont trop courtes, ce qui ne permet pas une sortie dans de bonnes conditions.

Mme Braeckman (Ecolo) s'interroge sur la reconnaissance de la fonction de médecin généraliste et la place qui lui est réservée dans les décrets santé mentale et toxicomanies de la Commission communautaire française.

Le Dr Hoffman précise que les médecins généralistes sont reconnus par la législation de la Commission communautaire française. Les maisons médicales sont subventionnées par le décret santé mentale de 1995.

Depuis trois ans, les associations de médecins généralistes sont reconnues et subventionnées par le niveau fédéral pour une double mission, l'organisation d'une garde publique de médecine générale le week-end et une fonction de représentation.

A Bruxelles, une dizaine d'associations de médecins généralistes couvrent la Région de Bruxelles-Capitale.

Ces différentes associations se sont regroupées au sein d'une fédération, la FAMGB, qui est l'association unique reconnue au niveau bruxellois francophone.

Le Dr Hoffman insiste pour que les réseaux de santé s'adressent à la FAMGB, seule représentante officielle des médecins généralistes afin de se faire connaître et de communiquer leur expérience de réseau.

La priorité est de faire en sorte que la reconnaissance des médecins généralistes soit effective. Il faut réinstaller une culture mais les charges administratives qui pèsent sur la fonction de médecin généraliste sont trop lourdes.

M. Galand (Ecolo) s'interroge sur la trop faible représentation des médecins généralistes au sein du Conseil consultatif.

Le Dr Hoffman informe que la FAMGB n'y est pas représentée et qu'il ne reçoit d'ailleurs pas de convocations.

M. Galand (Ecolo) rappelle que les décrets relatifs aux services de santé mentale et de toxicomanies prévoient en leur article 8 l'association du médecin généraliste dans le traitement du patient avec l'accord de celui-ci et, dans la mesure du possible, tous les professionnels extérieurs à l'équipe du service, susceptibles de contribuer au traitement. Comment l'article 8 trouve-t-il application dans la pratique ?

Il rappelle, d'autre part, que les services de santé mentale et de toxicomanies doivent coordonner leurs activités avec les acteurs du réseau sanitaire et social (article 12 du décret relatif aux services de santé mentale et article 15 du décret relatif aux services toxicomanies).

Les associations de médecins généralistes ont-elles été sollicitées pour l'application de ces dispositions ?

Une réorientation des décrets est-elle nécessaire à ce sujet ?

Le Dr Hoffman précise que cette coordination entre les médecins généralistes et les services de santé mentale reste très locale.

De manière générale, le généraliste se heurte à des problèmes de disponibilité du secteur de la santé mentale.

La collaboration reste administrative ou limitée à des discussions de cas et ne répond pas aux besoins de la population et néglige la possibilité d'action conjointe avec les généralistes au plan communautaire.

Il existe un déficit d'interdisciplinarité au niveau local.

Mme Rousseaux (MR) s'interroge sur le rôle et l'importance du secret professionnel du médecin généraliste qui soigne un patient en souffrance psychosociale.

Le Dr Hoffman précise que le secret professionnel du médecin est parfois partagé avec des interlocuteurs sociaux qui viennent en aide à des patients pour leur accorder un avantage social (un logement, un emploi, etc.).

Mme Martens, coordinatrice du réseau Bruxelles-Est, souligne la difficulté pour les travailleurs du réseau de garder le secret professionnel des personnes fréquentant leurs structures lorsqu'ils sont confrontés à une demande de renseignements des services de police.

Mme Rousseaux (MR) indique que le budget de l'INAMI est en forte augmentation et souhaite savoir si des mesures d'urgence doivent être prises par le gouvernement fédéral.

Le Dr Hoffman rappelle que la fonction du médecin généraliste ne se limite pas à la prescription de soins et demande une valorisation du travail non curatif afin d'optimaliser la mobilisation des médecins généralistes.

Mme Magda De Galan, présidente, remercie les différents intervenants pour leurs interventions.

14. Exposé du Dr Zombek, président de la Fédération bruxelloise des Institutions pour toxicomanes

En sa séance du 22 juin 2005, la commission a entendu l'exposé du Dr Zombek.

Le secteur « toxicomanies » à l'épreuve du décret du même nom

Le Docteur Zombek profite de cette rare occasion publique pour remercier la personne qui tout au long de ses mandats, de 92 à 99, a eu le « nez » de sentir à quel point la « problématique » des « drogues » était d'intérêt général, et particulièrement dans les secteurs social et santé. Sans ce « nez », la face du secteur « Toxicomanies », toutes frontières confondues, ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui. On lui doit le soutien et l'initiative de nombreux dispositifs comme le réseau AlTo, les MASS, pour ne citer qu'eux, la reconnaissance des acteurs spécialisés qu'elle a toujours écoutés et compris même quand ses collègues, ministres de l'Intérieur ou de la Justice, tentaient de lui imposer des voies radicalement divergentes au souci du citoyen toxicomane. Au nom de la FEDITO, il remercie Mme Magda De Galan pour sa très bienveillante et audacieuse reconnaissance d'un secteur qui ne l'a pas toujours ménagée.

Il commence par tracer une histoire de la prise en charge des toxicomanies à Bruxelles, dont le décret témoigne autant qu'il le structure. Et, pour ce faire, il convient de rappeler le fait très particulier suivant. La prise en charge des « toxicomanies » reste à ce jour encore conditionnée par l'illégalité des pratiques de nombre de ceux qui en bénéficient. Cette réalité que d'autres secteurs ont jadis connue à d'autres titres (comme en ce qui concerne l'interruption de grossesse dans le secteur des plannings familiaux et des maisons médicales, ou la répression de la mendicité et du vagabondage dans le secteur de l'aide sociale), cette réalité fait partie du paysage que les artisans de la santé et du social doivent chaque jour côtoyer, auquel ils sont durement confrontés. C'est donc parfois dans la marge, dans l'ombre, dans les extrêmes que se situent les champs d'action du secteur toxicomanie, sauf quand ils font l'objet de scoops médiatiques généralement odieux.

a. Il souhaite avant toute chose évoquer la construction du secteur « toxicomanies » qui compte, à Bruxelles, depuis le début des années 80 déjà, une petite dizaine d'associations, construction autour du double constat du « rejet », d'une part, de l'« identité forte » d'autre part, de cette « population particulièrement ciblée » et qui deviendra la population cible de certains programmes de soins en un premier temps particulièrement « guerrier ».

b. Le rejet des « drogués » comme se plaisait à les nommer Léon Cassiers, rejet parfois violent et maltraitant, par la majorité des cliniciens, et de la santé, et de la santé mentale, si ce n'est quelques généralistes et psychiatres qui seront aussi, pour quelques longues années, inquiétés par les condamnations de certains des leurs, dont le fameux confrère Jacques Baudour, embastillé au prétexte d'une clinique de substitution, peut-être audacieuse, certes généreuse et romantique, assurément militante.

Rejet des circuits d'aide sociale pour cause d'indocilité à la réinsertion.

Il rappelle qu'en ces temps-là, la seule réponse cohérente relevait de la force publique, de la police, de la prison ou de l'hôpital psychiatrique qui « offre » un sevrage aussi strict que sans perspective réaliste à terme. Réponse qui semble seule faire l'unanimité en ces temps pas si reculés.

« Rejet » mais aussi « identité » d'une population qui semble parfois, en fonction de chaque « sujet de la drogue », en fonction de l'attente du professionnel, revendiquer sa condition de toxicomane en même temps qu'elle tente de se défaire de ses attributs les plus douloureux.

Identité dépersonnalisante enfin, consacrée par la cité et ses agents de répression qui fait de chaque usager d'une drogue illicite un « dangereux toxicomane ».

Quand bien même le champ des toxicomanies, des assuétudes, des dépendances excède les consommations de drogues dites illégales, comme le tabac, les alcools et les drogues médicales, la représentation radicale du « toxicomane » demeure associée intimement à celle du hors-la-loi.

c. Longtemps, et si l'on y réfléchit encore un peu à ce jour, les « toxicomanes » partageront avec ceux qui leur viennent en aide le double souci de lutter contre cette exclusion des filières traditionnelles, et, dans le même temps, de revendiquer cette identité, « toxicomanes et toxico-thérapeutes ».

L'identité, la particularité, n'est-elle fondée que par le rejet ? Si oui, quel est aujourd'hui le moteur de ce rejet ? Si non, ou si pas seulement, de quoi cette identité est-elle faite ? Les toxicomanies sont-elles des maladies comme les autres, le sujet dépendant est-il un sujet comme un autre, l'usage de drogues illégales est-il une consommation comme une autre ? Le secteur ne tentera ce matin de répondre à cette somme de questions qui pourraient peu ou trop se décliner aussi à propos de la santé mentale ou de la dérive sociale. Pourtant ces questions sont à l'ordre du jour des travaux de la commission de la Santé et peuvent ainsi être résumées : est-il encore pertinent de pérenniser cette identité de secteur ?

- d. Une chose semble, selon lui, certaine, cette identité de secteur aura fait sa force. Sa force de revendiquer un budget nécessairement plus important que s'il avait été noyé dans la masse des aides aux personnes. De revendiquer une posture alternative à la répression et à la stigmatisation d'une population déjà fragile et vulnérable. Et, au fil des ans, cette identité de secteur lui aura permis d'adosser fermement sa volonté de construire des discours et des projets qui traverseront toutes les zones concernées par le phénomène drogue, de fonder comme une transversale de la toxicomanie en analogie avec la diagonale du fou qui fait la force de la santé mentale.
- e. Et une autre chose semble certaine. Malgré toutes les tentatives de relativiser, de « médicaliser », de « normaliser », de psychologiser les problématiques « drogues », ces dernières semblent bien irréductibles à la volonté de catégorisation. Cette résistance farouche, cette rébellion, expliquent peut-être qu'elles demeurent aujourd'hui l'objet d'un traitement politique et social que d'autres « affections » ne connaissent pas ou ne connaissent plus.

Quelle pathologie, quel comportement de la sphère privée, quel style de vie est à ce point réprouvé, sanctionné, pénalisé, exclu, diabolisé... Le droit de la drogue reste un droit d'exception. L'Etat, qui semble déserter des pans entiers de la vie publique, ne lâche manifestement pas ce morceau de « choix de vie » plutôt privée, celui qui représente le mieux, c'est du déjà entendu, il en convient, toutes ses contradictions, tous ses cauchemars, toutes ses peurs

- f. L'identité du toxicomane reste à ce point forte dans les imaginaires que le stigmate en vient généralement à cacher les forêts de problèmes relevant d'autres spécialités. Cela autorise les professionnels de tous bords à renvoyer vers un ailleurs une prise en charge présumée difficile en même temps qu'étrange donc inquiétante.
 - « Nous nous occuperons de votre problème social lorsque vous serez sevrés, ou en traitement, etc ... ». « Nous n'hébergeons pas de toxicomanes actifs dans notre institution ». Et, de manière générale, un diplomatique aveu d'impuissance : « Nous ne sommes pas équipés pour ... ».
- g. Mais de temps à autre, un événement dramatique vient à éclairer la scène d'une lumière nouvelle. C'est ce qui se passe au milieu des années 80 lorsque l'épidémie du Sida se déploie dans la population des injecteurs et des prostitués d'acquisition, épidémie qui modifiera de façon dramatique comme les britanniques le disent, fléau du siècle qui modifiera l'approche de ces « patients », ils redeviennent des patients, en ce sens qu'on leur reconnaît à ce coup-là le droit à un accès moins restrictif aux soins, en général, aux traitements de substitution, en particulier. Les toxicomanes, cynisme absolu, acquièrent avec le Sida

- 97 -

un statut de victimes, certes d'une épidémie, statut qu'ils n'avaient jusqu'ici jamais occupé, et, dans la foulée, un traitement compassionnel!

h. A la croisée des secteurs, les toxicomanies convoquent différents points de vue. La drogue affecte le soma. En santé mentale, la drogue est un psychotrope que l'on se prescrit pour une moindre souffrance. Moral : la drogue, c'est le mal, le bon usage c'est le bien. Social : la drogue, c'est dérive ou survie. Culturel : la drogue, c'est, aussi, tradition ou tendance. Professionnel : la drogue, ç'est un risque du métier et pour le métier. Sécuritaire, bien-sûr : se droguer ou conduire, il faut choisir pour la sécurité routière – se droguer ou bien se conduire, pour la sécurité publique ...

Entre ces points de vue qui se rencontrent, s'additionnent, se concertent en 11 points, s'opposent parfois, le « drogué » qui ne sait pas toujours à quel saint se vouer, d'une part, est souvent l'objet d'un ping-pong qui concourt à ce qu'il ne se sente à sa place nulle part.

Le secteur toxicomanie, par la multi-disciplinarité soit de ses équipes en certaines institutions, soit à l'intérieur du secteur lui-même, en même temps qu'il opère une synthèse et une articulation de ses différentes facettes de la « problématique », à l'image somme toute de l'omnipraticien, permet l'abord de chaque facette sans risque de saucissonnage des prises en charge, phénomène typique des spécialisations « classiques ».

Ce faisant, l'on devrait dire que le secteur « toxicomanie » n'est pas un secteur « de spécialistes » mais plutôt un « secteur omnipraticien », un « secteur sans frontière », qui va au devant d'un continent méconnu, déserté, sans voie de développement, abandonné, invisible souvent, au centre même de la cité

i. Et pour compliquer encore le tableau, les modes de consommation changent, se cumulent (on parle alors de poly-toxicomanies), de nouvelles drogues apparaissent, d'anciennes drogues sont enfin considérées à leur égale valeur et plus encore, des comportements abusifs sans usages de produits, comme le jeu ou l'alimentation, sont à présent rattachés à la catégorie des assuétudes.

Chaque sujet possède une singulière histoire avec sa drogue, avec ses drogues. A chaque histoire peut et va correspondre un parcours, plus ou moins fléché, qui permettra le contact, le frottement, l'accroche voire, si possible, la relation d'aide, de soins, d'accompagnement singulier, et ce du fait du hasard ou des nécessités des rencontres. L'usage des drogues (c'est la première fois que l'auteur utilise cette expression à la fois ambiguë et « déconstructrice »), une destinée qui appelle différentes approches, différents abords, diverses prises en compte,

voire différentes prises en charge. L'échelonnement n'est pas un vain mot en « Toxicomanie ».

Au commencement seront la santé publique (souci d'une collectivité, les usagers), la promotion de la santé (souci d'une juxtaposition de sujets en leur singularité) et la prévention, parfois suffisante à éviter un mauvais usage. Tôt ou bien plus tard, grandira peut-être la dépendance, alors, de manière spontanée ou dans le cadre d'une « cure », se manifestera le sevrage, viendra aussi le temps de la substitution et entre-temps, entre tous ces temps, seront utiles toutes les formes de la limitation des dommages. Pour diverses raisons, la prison pourra venir limiter la liberté cette fois, à laquelle suivra parfois l'époque de la réinsertion ou de la récidive. Arrivera le temps de l'enfantement et de la parentalité plus ou moins assistée, et puis encore l'époque de la rechute ou, à l'extrême, de l'accompagnement à la rue.

Les usages de drogues, ce sont tous ces passages non obligés, dans l'ordre et surtout dans le désordre. Il y a les différentes et complémentaires lectures des intervenants et puis il y a encore les diverses attentes des usagers, de leur entourage et de la cité.

- j. Les offres d'informations, de soins et d'aide de toute nature, de la seringue stérile à la parole fertile, les offres s'adapteront à ces différents temps de la drogue et ces divers usages pour mieux y correspondre.
- k. Au long de la construction du secteur, les dispositifs, les associations, se développeront de façon très complémentaire en toute « liberté thérapeutique » : hébergement, consultation, prévention dans les écoles, accompagnement dans les prisons, substitution ou abstinence, écoute téléphonique. Chacune des institutions se différencie de l'autre et cherche « hors cadre », hors d'un cadre décrétal, les moyens de ses projets.

Avant le temps des décrets, du décret toxicomanie, malgré le patchwork des subsides, les services deviennent de plus en plus complémentaires. Plutôt que de faire un peu tous la même chose, c'est-à-dire un peu de tout, ce qui est bien belge, ils s'adossent aux impasses et aux insuffisances du secteur pour compléter, innover, diversifier les offres.

Plus encore, ils déclinent à l'adresse des « toxicomanes » les avancées les plus pointues en matière d'aide, de soins et de traitements (psychanalyse, psychopharmacologie, promotion de la santé, santé communautaire, thérapie institutionnelle,) quand celles-ci semblent ailleurs inaccessibles à cette « persona non grata ».

Ainsi, les services actifs en toxicomanie vont commencer, en un premier temps, à adapter les formules, les recettes,

les pratiques venues d'ailleurs à une clinique que ces « ailleurs » rejettent.

En un second temps, forts de leur savoir-faire avec ces « dangereux indiens parqués en leur réserve », ils s'efforceront de les « réinsérer » dans les filières traditionnelles en favorisant l'accès aux soins et aux aides généralistes.

C'est en ce va-et-vient que réside le paradoxe de la spécialisation inséparable de la volonté de décloisonnement que l'on appellera récemment, en langage moderne, la transversalité.

1. Et quid du fameux « travail en réseau » ? Eh bien, le secteur « toxico » a depuis fort longtemps aussi le « réseau dans la peau » et tente d'éprouver au quotidien la règle « qui ne se ressemble pas – s'assemble ». Avant que de ne favoriser de façon de plus en plus fonctionnelle voire même parfois de manière structurelle, les interactions avec les intervenants généralistes ou des autres secteurs, les services actifs en toxicomanie (SAT) ont expérimenté les bénéfices pour leur patientèle de favoriser la libre circulation des usagers au sein de leur secteur.

Il faut bien dire que la mobilité, la curiosité, la surconsommation (parfois), les évolutions en étapes, ou en dents de scie, de certains usagers ont imposé aux SAT, bien avant la mode actuelle, des interactions permanentes que l'on pourrait apparenter à l'échelonnement des aides ou au travail en réseau. C'est l'usager des services qui montre à qui n'est pas aveugle les réseaux de soins qui sont les plus fonctionnels. Le partenariat autour de Modus Fiesta, récent exemple du partenariat intra-sectoriel, en montre une excitante et nouvelle synthèse! Mieux répondre aux nouvelles donnes, ensemble, plutôt que de créer un antépénultième projet de novo! Rien de neuf en ce monde d'individualisme institutionnel, mais pas facile.

- m. Revenons un instant au travail dans la marge. Les services qui s'activent en toxicomanie, à l'instar des structures qui s'occupent des clandestins, des illégaux, sont en permanence confrontés au caractère hors-la-loi des pratiques de leurs clients d'une part et, d'autre part, à la demande pressante des secteurs voisins, particulièrement le secteur sécuritaire, d'excéder leur mandat d'aide aux personnes pour participer résolument à la grande croisade contre les drogues et autres déviances associées. Cela confère à leur pratique un inconfort permanent, certes. Mais il en découle, immanquablement, un questionnement pointu sur les fonctions implicites de l'intervention psychosociale, en général, que l'on tente de leur faire endosser au-delà parfois de toute caricature.
- n. C'est à l'arrivée des contrats de sécurité sur le marché des politiques de la ville que le secteur « toxicomanie » a particulièrement illustré, dans la première moitié des « glo-

rieuses nonantes », sa capacité à penser sa pratique comme faisant partie intégrante d'un contrat social implicite. Le secteur a fréquemment interrogé ce contrat social, la place qu'il lui assignait et la complaisance, parfois, avec laquelle il le soutenait. Des débats aussi riches que parfois houleux ont agité son destin pas si tranquille que cela.

Déjà, la place des traitements de substitution avait été longtemps contestée par toutes les résistances à la médicalisation du social et à l'anesthésie du sujet « parlant », ensuite la réduction des dommages a eu du mal à se frayer un chemin entre toutes les offres de soins — « c'est pour ton bien » — « c'est pour ta liberté sacrée … ».

Les « spécialistes du sujet » ont parfois cultivé l'habitude de se tenir éloignés des débats de société, au prétexte de cette bienveillante neutralité si utile dans le cadre strict de la rencontre individuelle.

Très récemment, sous la double impulsion de sa confrontation au cadre légal des drogues, confrontation « sublimée » par la Liaison Anti-prohibitionniste qui aujourd'hui peine à voir son action soutenue dans la longueur par la Commission communautaire française, et de l'éthique de la limitation des dommages, plus souvent dénommée Réduction des Risques, qui la traverse en sa plus grande partie, le secteur s'est engagé pour être plus précis, par l'intermédiaire de sa Fédération, à (ré)animer un débat sur la dépénalisation du cannabis, débat qui « traverse » différents secteurs et qui ne manquera pas de produire des échanges de pratique, des collaborations à des programmes communs, des éclairages inédits, pour la rentrée parlementaire prochaine, au fédéral, le secteur le promet, et pourquoi pas à Bruxelles ?

o. Au plan du cadre institutionnel qui, en 1995, immanquablement délimite les actions du secteur, après le transfert de certaines compétences et subsides, règne non pas un chaos mais plutôt un patchwork de législations, habilement « organisées » par les institutions en vue de la réalisation de leurs « missions » naturelles. Le secteur est constitué mais pas assuré de sa survie, à l'époque, puisque susceptible encore de fluctuer au gré des notes politiques qui peuvent se suivre sans se ressembler.

C'est dans ce climat d'insécurité que le nouveau décret va arriver ou plutôt être confectionné en une longue interaction entre le secteur, l'administration et le cabinet de l'époque. C'est aussi en ces temps-là que surviennent les contrats de sécurité, double sirène tonitruante qui tente de charmer les secteurs, et surtout le secteur toxicomanie, en lui proposant des moyens complémentaires à la santé et qui va donc aiguiser la question de savoir de quel traitement la problématique des toxicomanies doit pouvoir ou devoir bénéficier.

Le secteur naissant ainsi dans la douleur d'un dur débat politique obtient que le décret comporte, outre les critères qui en organisent la stabilité, un cordon « anti-sécuritaire » qui contraint tout service revendiquant une action sanitaire à l'adresse des toxicomanes bruxellois a être agréé par le pouvoir de tutelle de ce secteur.

Le Concert des idées – des pratiques

Avant de passer à la mise à l'épreuve du décret toxicomanies par son secteur, il convient peut-être de faire un inventaire de ce que le secteur a produit et a constaté comme tendances en ces 10 ans, de montrer la diversité et la richesse des contributions des 14 services de la Commission communautaire française actifs en toxicomanie, de sa Fédération et des 4 services para – Commission communautaire française qui les y ont rejoints.

Plutôt que de reprendre les missions Commission communautaire française, souvent entremêlées à des activités qui relèvent d'autres pouvoirs, dans les institutions ou le mariage mixte n'est pas nouveau, le Dr Zombek propose d'indiquer les actions spécifiques que ces savants montages ont permises.

A la louche et donc globalement, il y a eu contact, en 2004 – c'est le dernier point de repère – avec plus ou moins 2.700 usagers individuels différents dont 1500 nouveaux. Mais ce serait sans compter les personnes touchées indirectement par les programmes de prévention, de formation des professionnels de première et deuxième lignes, et par tous les contacts téléphoniques via la ligne d'Infor-Drogues mais aussi de toutes les lignes des institutions reprises dans les bottins sociaux. C'est grâce à un outil de recueil, ADDIBRU, que la CTB sponsorise, que chaque année, le secteur toxicomanies contribue à un aperçu quantitatif des tendances en matière de prise en charge.

De façon générale, à l'instar de ce qui a été réalisé depuis fort longtemps par les maisons médicales au travers de la santé communautaire (communauté d'habitants en une même niche urbaine), le secteur toxicomanie, grâce à sa spécificité pointue, a pu penser certaines de ses actions en termes de communauté d'usagers (consommateurs potentiels, usagers occasionnels, réguliers, « problématiques ») en des niches où ils se trouvent, avec leurs habitudes plus ou moins spécifiques, et quand ce n'est les « éduquer » à la santé, les prévenir des dangers de certaines de leurs pratiques... et limiter les risques qu'ils courent à consommer des drogues de rue ou d'officine.

En « toxicomanie », ce paradigme, comme O. Ralet et I. Stengers l'avaient pointé, a été élevé au titre de programme d'action sous le nom à présent consacré (attention, car le sacré est parfois sacralisé) de Réduction des Risques.

Ce paradigme, cette manière de penser a été adoptée, lui semble-t-il, par l'ensemble du secteur, quelles que soient ses missions principales.

Des groupes de self-help au travail dans les prisons, du suivi ambulatoire individuel à la formation des enseignants dans les écoles, à des degrés certes divers, car à l'adresse de populations différentes, entre usagers récréatifs et consultants dépendants des opiacées de très longue date, le secteur bruxellois a adopté ce modèle de pensée qui tient le drogué, le « toxicomane », comme un usager... et l'usager comme un citoyen qui n'a pas besoin d'être en demande d'aide pour en recevoir sous quelque forme, de l'information ciblée au soin.

La Réduction des Risques (RDR) est apparue discrètement dans le libellé du décret sous l'expression prudente, délicate, précieuse, mais hélas moins « porteuse », de prévention des dommages sans le très nécessaire « de l'usage des drogues » qui signe, de façon absolue, l'engagement du secteur à l'adresse d'un phénomène continuum et pas seulement de pathologies. Et pour reprendre Mark Vanderveken : « la RDR ne serait pas un ersatz de la prévention ou du traitement mais bien une charnière entre ces deux modes d'interventions ».

Ce paradigme de la RDR, depuis la parution en 1992 du « Bon Usage », petit manuel de bien déconstruire la prévention du sida chez les usagers de drogues, et en parallèle à sa lente adoption en tant que 11ème commandement du CTB, a produit :

- de façon générale, un principe qui traverse aujourd'hui la conception de nombre d'activités, à côté d'autres, depuis les programmes de prévention par le biais des professeurs témoins privilégiés, personnes-ressources et dispensateurs d'information, etc. jusqu'à la participation à la réanimation des OD par le biais du téléphone ou de folders RDR. Le secteur promeut le port du filtre RDR, pour une vision multi – oculaire des drogues.
- de manière plus pratique, la RDR est devenue une intarissable source de dispositifs centrés sur les usages et non sur les tenants de ceux-ci :
 - * Opérations boule de neige;
 - * Steri-fix (avec les pharmaciens);
 - * Flyers d'information ciblés sur chaque usage;
 - * Distribution et échanges de seringues (fixes ou mobiles, en institution ou non, discrets ou ostensibles);
 - * Maraudes en collaboration ou non avec des acteurs généralistes;
 - * Testing des NDS (nouvelles drogues de synthèse);
 - * DELCOH-GB: délivrance contrôlée d'héroïne, projet multi-centrique, assoupi depuis quelques années et qui attend son prince charmant municipal, régional (comme à Liège) et législatif.

Par ailleurs, depuis les années 90-95, le secteur a continué sa poursuite du diamant vert, ce diamant vert que constitue le travail psycho-social individuel, à la carte, adapté, ouvert aujourd'hui de plus en plus vers ces nouvelles « consommations » (cannabis haut dosage et NDS) qui, lorsqu'elles s'enlisent, cachent toujours aussi mal les vieilles et classiques blessures de l'âme, de même qu'il organise inlassablement mais sûrement :

- des formations, supervisions et intervisions des acteurs généralistes isolés ou en pratique de groupe en ce compris vers les acteurs sécuritaires en souffrance, à leur demande, comme le personnel des prisons ou les élèves infirmières;
- une permanence téléphonique et, depuis peu, l'e-permanence, media branché, inspiré d'une expérience française déjà concluante, et mieux adapté aux nouveaux modes de communication d'un public jeune et peu touché jusqu'ici par la téléphonie même mobile ...

Au travers de ces nombreuses activités, voici le résumé des constats opérés par les services actifs :

- augmentation des demandes (témoin de la double influence de l'augmentation des consommations et des appels à l'aide);
- évolution constante des produits et des modes de consommations;
- ampleur de la désinsertion sociale des usagers de drogues (comme des autres secteurs);
- nécessité plus grande d'aller au-devant, vers les consommateurs, en fonction de leurs caractéristiques, dans la rue, dans les hôpitaux (paradoxe), dans les lieux d'asile et de soins de lère ligne;
- plus grande prise en compte des aspects de la santé;
- nécessité grandissante de l'évaluation, mais il convient, selon la majorité, de promouvoir d'abord l'évaluation globale du secteur, la mise à jour objective des besoins non couverts et des voies de couverture.

L'évaluation du décret

La FEDITO a interrogé tous ses membres quant à l'évaluation qu'ils pouvaient faire du décret qui organise la grande part du secteur. Chacun y a été de sa sensibilité, de ses convictions parfois inébranlables, de ses regrets, de ses suggestions, de ses espoirs. Il a été fait état de toutes les couleurs de cette palette pour peindre en touches fortes les points de convergences surtout, les zones de nuance, aussi.

Les points positifs

Le secteur insiste sur le fait que le décret n'a pas nivelé mais a stabilisé un secteur patchwork qui garde toutes ses facettes, lui a assuré une identité, une cohérence, une souplesse, et donc lui a permis de rester créatif et réactif aux changements :

- a. En accordant une reconnaissance pluriannuelle, le décret a donné du souffle qui permet une réflexion et une programmation à moyen terme, trans-électorale;
- b. Grâce à une dynamique avec l'administration, parfois affectueuse, parfois plus rêche, toujours constructive, un processus d'évaluation-dialogue existe véritablement. Le secteur partage cependant avec l'administration la même prévention à l'égard d'une « évaluation-formatage »;
- c. Le décret avait été « prévu » pour autoriser le déploiement des spécificités de chaque service et il a tenu à cet égard ses promesses;
- d. Le décret autorise une approche « à la carte » du curatif à la prévention, de l'individuel au collectif, selon la majorité des services;
- e. Et en ce qui concerne les missions : pour certaines associations, la définition des missions est adéquate et, plus, elle permet une interprétation souple et donc créatogène, pour reprendre un néologisme de circonstance.

Les points faibles

- a. Pour certains acteurs, la santé publique, le non-curatif, l'approche des usagers non-demandeurs de soins (clientèle des Mass) sont négligés par le décret.
- b. Selon d'autres encore, ou les mêmes, en réponse à l'arrivée des nouvelles drogues, des nouvelles consommations, le décret ne permet pas ou pas assez les nouvelles « offres » ou « initiatives ». Pour d'autres acteurs, au contraire, cette contrainte oblige à des montages ou des bricolages particulièrement inventifs, comme Modus Fiesta.
- c. Plusieurs services déplorent une écriture dépassée du décret. Par exemple, il n'existe pas de définition de la « toxicomanie » ni du mot « drogue ». Ils en appellent à une extension vers la notion d'assuétude, de dépendance. De même, le tabac et l'alcool sont absents, au contraire de ce qui règne dans le cadre de la CTB et du niveau fédéral.
- d. En ce qui concerne les missions. Pour certaines associations, le flou ne sied pas et il conviendrait au contraire de mieux définir les missions qui, en l'état, seraient davantage adaptées aux services qui dispensent les soins. Une

autre question surgit d'un acteur : convient-il de préciser le « niveau de prévention I ou II » alors que d'autres, depuis longtemps impliqués en ce secteur de la prévention, affirment de bon droit que cette distinction est aujourd'hui obsolète au point qu'il conviendrait de lui substituer la notion de « Promotion de la Santé ? ». La question reste entrouverte.

- e. La définition de la mission d'accompagnement est la plus critiquée dans la mesure où elle ne semble pas s'adapter à certaines actions d'accompagnement qui ne sont pas individuelles (en entreprise ou pour toute action au sein d'un groupe d'usagers), dans la mesure où la tenue d'un dossier d'évolution individuelle est parfois peu réaliste, voire même la tenue d'un dossier nominatif (comme pour ces autres ou ces mêmes populations cachées et farouches souvent approchées dans l'anonymat à l'instar des actions sociales à la rue ou en asile de nuit), et dans la mesure où l'action en un local « fermé » est opposée à l'idée d'une action en « milieu ouvert », au « sortir-vers ».
- f. La mission de réinsertion (qui est autant un objectif qu'un chemin) semble pour tous indissociable de celle d'accompagnement. La pertinence de l'individualité de ces deux missions est posée, la proposition de leur fusion dès lors évoquée.
- g. En écho d'un débat connexe réveillé publiquement par la santé mentale, il y a une semaine à peine, la question est posée de savoir si le soin non-médical, comme les psychothérapies, ne devrait pas bénéficier d'un statut de mission, question qui tient peut-être plus au sous-statut de ceux que certains « médico-crates » rangent toujours dans la catégorie des para-médicaux.
- h. Il faut encore noter la relance de la question autour de la mission d'accueil, question qui s'est répandue sous la bonne houlette des Assises de l'ambulatoire et qui jouxte la problématique de la notion de première ligne : l'accueil des personnes très précarisées, déstructurées, en crise, en décompensation, etc.
- i. En ce qui concerne sa fédération, le secteur revendique que son organe soit, de façon décrétale cette fois, pourvu d'un certain nombre de missions de recherche, d'évaluation, de porte-parole, mais aussi qu'il soit désigné de façon formelle comme interlocuteur des administrations et des pouvoirs exécutifs.

Quels sont enfin, pour cette FEDITO en voie de développement permanent, les ingrédients à examiner en vue d'une éventuelle intégration au décret idéal ?

un décret assuétudes ou addiction ou dépendances (incluant l'alcool, le tabac, les jeux pathologiques, les troubles alimentaires ...) au moment où se développent des tendances lourdes où les fumeurs vont devoir bientôt se

cacher pour fumer ou bénéficier d'un pontage coronaire, et la prohibition qui se réinstalle à la faveur d'un nouvel hygiénisme... ou peut-être mieux, alors, tout simplement, un décret usage de drogues ... mais cela nécessite une bonne, donc longue et complète discussion.

- un décret qui garantisse les pratiques actuelles en formalisant la reconnaissance de nouvelles professionnalités comme les éducateurs, les infirmiers, les sage-femmes, etc.
- de nouvelles missions qui ont été pensées à partir de pratiques plus spécifiques de certains services hyperactifs en ces domaines mais n'ont pas fait, faute de temps, l'objet d'une élaboration collective, élaboration qui est désormais au programme de la rentrée de la FÉDITO.

Ces missions sont, en vrac :

- La réhabilitation des détenus.
- Certains voudraient que la RDR soit réduite à une notion de mission – c'est de bonne guerre – à la drogue, alors que d'autres préfèrent laisser ce paradigme innovant imprégner le socle dès lors très transversal du secteur bruxellois. Un SAT, qui sera entendu prochainement par la commission, revendique l'autonomisation de la RDR par son accession à une 4ème mission générale. Il s'agit d'une position minoritaire d'avant ou d'arrière garde, qui rappelle habilement et utilement qu'il ne faut pas s'endormir sur des lauriers passés qui ne peuvent alors que se faner. La majorité des SAT pensent cependant que la RDR est plutôt comme un devoir et que sa stricte « observance » permet à chaque SAT de penser une action de type RDR dans le cadre d'une mission déjà existante (par exemple, la prescription d'héroïne pourrait être une application majeure de la RDR dans le cadre de la mission de soin.
- L'out-reaching, le « sortir-vers », l'« aller-à-la-rencontre » est un axe de travail qui est pointé comme essentiel à certaines situations, évolution comparable à ce qui existe en santé mentale (PsyCot qui associe services d'aide à domicile, des SSM, des MG et des habitations protégées), en social (Diogène) et, bien entendu, depuis longtemps en santé somatique (soins à domicile, MSF, etc.). Les SAT revendiquent de pouvoir visiter à domicile, travailler à la rue, dans les squats, dans les lieux où ça « consomme » et témoignent que ces pratiques essentielles sont chronophages donc euro-phages. En regard de moyens insuffisants, ils déplorent que des budgets sécuritaires aient permis la mise sur pied, en para-communal, d'initiatives qui semblent les imiter, limites quant à leur objet social.
- Garantir, comme c'est le cas dans la pratique actuelle, ou formaliser la reconnaissance d'autres professionnalités : éducateur, infirmier, sage-femme.

Mais la FEDITO est confrontée à la rude réalité bruxelloise qui contraint à naviguer par temps bouché, c'est-à-dire en enveloppe fermée encore pour longtemps. Choisir, c'est renoncer, mais, à ce titre, il rappelle une féline phrase de Philippe Geluck qui, comme un chat, en fera certainement bondir plus d'un d'entre vous : « Dans le domaine de la création, la pauvreté des moyens engendre la richesse des résultats ».

Ce n'est donc pas tout, le nerf de la guerre à la drogue n'a été évoqué que de manière allusive : trop peu de pétrole pour mettre en œuvre toutes ces idées. La Fédération patronale du secteur que préside M. Pierre Schoemann a mis en chiffres, dans la colonne des charges non couvertes, les espoirs que les cliniciens, il s'agit d'une traduction simultanée, mettent en cette audition.

Le Docteur Zombek tient à remercier tous les acteurs du secteur si vivant, créatif et fougueux, pour le foisonnement de leur contribution à cet exercice difficile mais exaltant.

15. Exposé de M. Pierre Schoemann, président de la FEIAT et directeur administratif du Projet Lama

La commission poursuit ses travaux par l'audition de M. Pierre Schoemann.

M. Pierre Schoemann ne souhaite pas présenter le cahier des charges des revendications des employeurs du secteur.

Il estime qu'il serait assez inélégant et quelque peu opportuniste d'exposer les besoins spécifiques des associations alors que les autres secteurs financés par la Commission communautaire française ne bénéficient pas de cette même occasion.

De fait, il expose que les secteurs relevant de la Commission communautaire française et parmi ceux-ci les secteurs de la santé et du social ont, depuis la création de la Région de Bruxelles-Capitale, toujours privilégié les négociations intersectorielles dans le cadre des tables rondes traditionnellement convoquées en début de législature par les nouveaux exécutifs.

A ce jour, malgré la mobilisation syndicale importante de ces derniers mois, rien n'indique qu'une telle initiative soit à l'ordre du jour des priorités des membres du gouvernement.

C'est pourquoi, il profite néanmoins de cette audition pour réitérer la demande patronale et syndicale de l'ensemble des secteurs « social-santé » de la Commission communautaire française d'ouvrir dans les plus brefs délais une nouvelle table ronde intersectorielle réunissant les partenaires sociaux, les administrations et les représentants des cabinets concernés.

Il rappelle que les avancées réalisées lors des précédentes concertations intersectorielles permettent aujourd'hui d'apprécier la qualité des conditions de travail en vigueur au sein de la plupart des associations.

Ces progrès significatifs n'auraient jamais pu être engrangés, selon lui, sans le soutien du partenaire syndical et de l'administration de la Commission communautaire française.

Aujourd'hui, pour maintenir ces acquis, les employeurs des associations subsidiées par la Commission communautaire française ont besoin de nouveaux moyens financiers en particulier et prioritairement pour leur permettre de respecter les engagements pris dans le cadre des Conventions collectives de travail signées lors des accords du non-marchand et qui concernent spécifiquement les emplois ACS.

16. Discussion générale

La présidente, remercie au nom de la commission le Dr Zombek et M. Schoemann pour la qualité de leurs exposés et propose aux commissaires d'ouvrir la discussion générale.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), au nom de M. Paul Galand, retenu au Parlement de la Communauté française, s'interroge sur la coopération entre un secteur spécifique en matière de toxicomanies et des médecins généralistes qui prennent également en charge une série de consommateurs de drogues.

Elle observe que les personnes toxicomanes ont subi de multiples rejets de la société et même parfois de la part des circuits d'aide sociale « pour cause d'indocilité à la réinsertion ». Le secteur toxicomanie s'est développé en réseau et s'efforce de les « réinsérer » dans les filières traditionnelles en favorisant l'accès aux soins et aux aides généralistes.

Elle souligne la liberté de mouvement des usagers de drogues au sein du réseau toxicomanies. Ce réseau est-il intersectoriel, s'ouvre-t-il à d'autres secteurs d'aide ?

Le secteur toxicomanies contribue à un aperçu quantitatif des tendances en matière de prise en charge grâce à un outil de recueil, ADDIBRU, qui est sponsorisé par la Concertation Toxicomanie bruxelloise (CTB).

Le secteur toxicomanies dispose-t-il d'autres sources de renseignements afin d'être le mieux informé notamment sur l'évolution des tendances des consommations et de leurs caractéristiques ?

Le Dr Zombek répond que le secteur toxicomanie s'est développé et qu'il est utopique de croire qu'il va disparaître. Dans les années 90, le personnel hospitalier (chirurgiens, infirmiers, etc.) a dû suivre une formation spécifique pour

soigner les toxicomanes. Cette formation est continue. La technisation et le peu de moyens financiers des hôpitaux a contraint les chirurgiens à opérer des choix, celui de faire de la chirurgie et pas de la « psychochirurgie ». Il constate une nette amélioration du secteur hospitalier qui commence à être plus tolérant vis-à-vis des usagers de drogues qui retournent à l'hôpital pour soigner un abcès ou une autre blessure qu'ils se sont fait par l'usage d'une drogue.

Le secteur toxicomanies s'est construit à Bruxelles depuis le début des années 80, soit une petite dizaine d'associations, autour du double constat du « rejet », d'une part, de « l'identité forte », d'autre part. Il constate aujourd'hui que le rejet du secteur est moins important mais il reste un combat de tous les jours. Le secteur toxicomanie s'est développé et est doté de moyens financiers plus importants. Il précise que le réseau toxicomanie s'est construit autour de diverses associations du secteur qui, par leur objet social spécifique, à savoir le travail de rue, l'hébergement, l'accueil, l'écoute téléphonique, etc., sont devenues complémentaires.

L'offre de soins s'est, au fil du temps, diversifiée pour « suivre » en quelque sorte le parcours de l'usager de drogues qui passe inéluctablement par différents stades de désintoxications et de rechutes.

C'est l'usager de drogues qui indique le réseau à suivre.

Le Dr Zombek précise à Mme Braeckman que le secteur toxicomanies a également une mission d'accompagnement des usagers de drogues afin de les réinsérer dans la société.

Les services actifs en toxicomanies collaborent étroitement avec les centres publics d'aide sociale pour aider chaque patient à construire un projet de vie.

Le recueil ADDIBRU permet au secteur toxicomanie d'explorer les prises en charge des consommations de drogues. Ce recueil est également utilisé par les services de police qui donnent une évaluation du phénomène des « drogues » sur le territoire de Bruxelles.

Le Dr Zombek souligne la difficulté du secteur toxicomanie de développer d'autres outils d'information dans la mesure où l'usage des drogues est illégal.

Mme Céline Delforge (Ecolo) demande si les pratiques des services actifs en toxicomanie se sont médicalisées avec la prohibition des drogues.

Comment le secteur se retrouve-t-il dans une période de discours contradictoires, d'une part, de nombreux intervenants de terrain (policiers, agents de quartiers, travailleurs de rue, etc.) se prononçant pour une dépénalisation du secteur et, d'autre part, le gouvernement fédéral conservant son discours sécuritaire? Le secteur toxicomanie est-il confronté à

un climat hygiéniste prohibitionniste, à une approche médicalisante des usagers de drogues ?

Le secteur ne constate-t-il pas un vide pour les consommateurs dits « récréatifs » peu problématiques qui ont juste besoin de conseils liés à l'usage de leur drogue ?

Le secteur utilise-t-il la distinction entre les drogues dites « dures » et « douces », et les drogues « licites » et « illicites » ?

Le Dr Zombek affirme que le secteur toxicomanies existera tant que la prohibition des drogues sera maintenue.

Le collectif du secteur a permis d'animer un débat interne. Aujourd'hui, l'engagement de la FEDITO témoigne de l'évolution du secteur. Il précise que de nombreux dispositifs tels que l'e-conciling, l'e-consulting, le partenariat autour de Modus Fiesta informent les usagers de drogues peu ou non problématiques sur le « mauvais usage » de leur consommation. Il n'y a pas de « vide » pour ces usagers mais le secteur manque de moyens financiers. Les subsides pour la prévention sont de l'ordre de 5 %, alors que celui affecté à la répression est de 95 %.

Le secteur toxicomanie souhaite le décloisonnement des catégories de drogues dites « licites » et « illicites ». Il constate que les dommages liés à l'usage des drogues dans la clandestinité sont des effets de la loi.

Il estime que l'homme a le droit d'être dépendant. Il déplore le discours sécuritaire de la police dans les écoles qui est contreproductif. Le secteur de la toxicomanie plaide pour être interpellé plus souvent sur le sujet et demande à ne pas être simplement consulté mais également être associé à des campagnes de prévention.

La réduction des risques atteint aujourd'hui les usagers de drogues non problématiques dits « récréatifs » et est indispensable, selon lui, dans les lieux de traitement.

M. Rachid Madrane (PS) souligne l'effort pédagogique des représentants du secteur toxicomanie dans la présentation de leur exposé.

Le secteur toxicomanie considère la mission d'accompagnement telle que définie dans le décret comme n'étant plus adaptée à certaines actions non individuelles.

Souhaitez-vous une définition plus appropriée de cette mission d'accompagnement ?

La place de la famille du drogué qui doit l'aider dans son parcours de désintoxication et de réinsertion sociale est, selon lui, importante.

Une réflexion sur le rôle de la famille dans l'accompagnement du traitement du drogué est-elle menée au sein du secteur ?

Le Dr Zombek confirme le rôle prépondérant de la famille lorsque celle-ci existe encore.

Il évoque le problème de la parentalité chez les mères toxicomanes. Les pères sont souvent absents ou en prison parce qu'ils ont des problèmes judiciaires.

Une expérience de réseau dans ce domaine avait démontré que les pays du sud, en particulier le Portugal, ne partageaient pas du tout la même sensibilité que celle des pays du nord au sujet de la garde d'un enfant d'une mère toxicomane.

Le placement d'un enfant d'une mère droguée temporairement voire définitivement dans une famille ou dans une institution peut paraître choquant pour les uns ou normal pour les autres.

Le Dr Zombek précise que le secteur toxicomanie va également à la rencontre des groupes de jeunes drogués en vue d'adresser des messages préventifs aux chefs de bande.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) estime que le secteur toxicomanie a fait preuve d'une grande créativité depuis dix ans en matière d'initiatives par le biais des réseaux, de la transversalité et de la complémentarité des services actifs en toxicomanies. L'expérience de terrain du secteur et l'évaluation permanente de leurs programmes ont permis une augmentation et une diversification de l'offre d'accompagnement des usagers de drogues.

Quels sont les déterminants qui permettent d'identifier un usager non demandeur de soins d'un usager demandeurs de soins ?

Il pense que le milieu du travail peut jouer un rôle important dans l'évolution du comportement de l'usager.

Le milieu scolaire est, selon lui, encore relativement démuni par rapport à la survenance d'un problème de drogue. Lorsqu'un élève est exclu, le professeur peut trouver des difficultés à parler du problème en classe et tenir un discours sécuritaire par peur d'incompréhension de la problématique des drogues.

Existe-t-il des programmes de formations à destination de l'employeur et du corps professoral ?

Le secteur de la toxicomanie envisage-t-il une évolution des relations avec les médecins généralistes qui sont souvent amenés à dépister chez leurs patients le problème de dépendance aux drogues ?

Le Dr Zombek répond que les moyens budgétaires affectés pour de nouvelles initiatives sont insuffisants.

Les usagers de drogues non demandeurs de soins ne fréquentent pas les services actifs en toxicomanies.

Il rappelle qu'il existe des dispositifs importants de réduction des risques pour les usagers de drogues dits récréatifs.

Dans l'itinéraire d'un usager de drogues, il y a des moments où il n'a pas besoin de soins.

Tous les usagers de drogues ne sont pas problématiques et certains usagers problématiques ne sont pas en demande de soins.

La FEDITO est parfois sollicitée par l'entreprise pour développer des programmes de formation.

Il cite à cet égard le cas de la STIB qui avait demandé une formation particulière dans le cadre de leurs opérations « coups de poings ».

La FEDITO prépare des programmes de prévention et de formation à destination de certaines écoles dites « à risques ».

Il répond à Mme Rousseaux (MR) que la FEDITO ne fait pas de démarchage systématique mais que le secteur travaille à la demande.

Quand une classe est concernée par un problème de drogues, le professeur peut s'adresser à une association qui viendra en tant qu'expert présenter des séances d'information. Il se peut que le travail continue sous la forme d'un programme de formation qui sera intégré dans le cours du professeur. Ce ne sont pas les plus jeunes ou les plus grands adolescents qui sont visés mais les classes concernées par les problèmes de drogues.

Le travail consiste également à sensibiliser le professeur à un malaise, un mal-être qui se cache derrière l'usager de drogues.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) déplore dans l'exposé du Dr Zombek la pensée suivante : « L'homme a le droit d'être dépendant ». Elle pense que ce genre de discours peut faire des ravages chez les jeunes adolescents et auprès des personnes faibles. Elle s'interroge sur l'incidence des parents drogués sur leurs enfants. Y a-t-il une causalité ou un phénomène de rejet ?

Le Dr Zombek répond que son discours n'est pas une affirmation mais une invitation à la réflexion à mener autour du mot « dépendance ».

La Fédération organise des séances de formation à la prise en charge des usagers de drogues pour les médecins en Région de Bruxelles-Capitale.

Certaines associations animent des séances d'intervision avec des médecins généralistes de quartier qui présentent des cas vécus pour démontrer la difficulté de certaines situations et apprendre ensemble à les résoudre.

Ces séances ont pour but de former, d'épauler les médecins généralistes et de mettre en place des réseaux entre les associations du secteur et les médecins généralistes pour offrir un traitement adéquat à l'usager de drogues.

Il reconnaît que la dépendance est une maladie grave voire dangereuse.

Les associations du secteur ont pour objectif de réduire les risques des dommages liés à l'usage des drogues.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) demande si le secteur obtient de bons résultats dans les écoles.

Le Dr Zombek précise qu'une école peut être confrontée à d'autres problèmes tels que la délinquance, la violence qui peuvent être liés ou non à un mauvais usage des drogues.

Face à une situation précise, l'association et le professeur élaborent un programme de prévention pour obtenir le meilleur résultat. Il pose la question suivante « Eduquer un jeune à gérer sa consommation, est-ce un bon résultat ? ». Le débat est ouvert.

Les parents drogués n'engendrent pas systématiquement des enfants drogués.

Lors de l'anamnèse d'un patient, le médecin peut apprendre qu'une génération entière est touchée par le problème.

Des parents non drogués peuvent engendrer des enfants qui deviendront des drogués.

Il soulève le problème d'une grande ville comme Bruxelles très sécuritaire qui peut provoquer aussi de la toxicomanie.

Mme Céline Delforge (Ecolo) demande si les services actifs en toxicomanies intègrent les problèmes d'alcool dans leurs programmes de prévention et de formation.

Les écoles en font-elles la demande ?

Le Dr Zombek répond que le secteur s'occupe des problématiques liées à l'usage de tous les produits y compris l'alcool mais que la demande est moindre, lui semble-t-il pour ce produit.

M. Paul Galand (Ecolo) demande s'il n'est pas utopique pour un psychiatre de lutter contre les toxicomanies face aux lois du marché qui favorisent la consommation et les assuétudes aux produits.

Une alternative ne serait-elle pas de développer un discours politique plus culturel pour offrir à chacun un espace pour développer son projet de vie ?

Le Dr Zombek répond que les psychiatres ne sont effectivement pas en mesure de contrer les lois du marché mais le secteur associatif en toxicomanies garde l'espoir de pouvoir moduler la législation en vigueur.

Le secteur continue à faire du palliatif et a montré que l'engendrement des toxicomanies a probablement un lien direct avec la production et non avec le droit à la drogue où à la qualité des produits. Le secteur continue à interpeller le gouvernement dans ce sens.

Mme Fatiha Saïdi (PS), vice-présidente, remercie les commissaires et le Dr Zombek pour la qualité des interventions et clôture la discussion générale.

17. Exposé du Dr Michel Roland, chargé de recherches à la Fédération des Maisons médicales

La commission a entamé ses travaux du 6 juillet 2005 par l'audition du Dr Michel Roland.

Le Docteur Roland, au nom de la Fédération, a pris connaissance avec intérêt de la réalisation d'auditions par la commission Santé du Parlement francophone bruxellois. Certes, ces auditions portent sur l'évaluation des premiers décrets produits par la Commission communautaire française suite à la régionalisation de 1993, à savoir ceux relatifs à la santé mentale et à l'aide aux toxicomanes mais la Fédération n'a bien entendu ni la légitimité ni la position pour tenter de poser un regard évaluateur sur ces secteurs. Par contre, partageant une partie du champ de la pratique, partageant l'organisation d'un espace du système de santé, partageant une partie des moyens et des budgets de la Commission Communautaire française et de ses choix stratégiques, pour toutes ces raisons, il lui paraissait légitime de présenter un paradigme de la santé, une grille de lecture et quelques mises en perspective. L'exposé sera sans doute davantage dans le champ politique que syndical ou corporatiste, même si, parent pauvre du programme santé de la Commission communautaire française, le secteur des maisons médicales mérite bien quelques petites attentions complémentaires.

Si le discours est surtout d'ordre politique, c'est que seules les finalités d'une politique régionale de santé offrent un cadre qui peut donner espoir à la démarche entreprise ici.

Evaluer par rapport à quoi ? Par rapport à quels objectifs ou résultats attendus ? Quelles priorités de santé ? Par rapport à quels besoins ? Quelle fonction pour chaque secteur ? Quelle articulation entre eux ? En outre, la Santé ne relevant pas – jusqu'ici en tous cas – que des compétences régionales, quelles articulations avec l'Etat fédéral, la Communauté française et la Région wallonne ?

Que la santé soit un axe important de la politique de la Commission communautaire française est un pré-requis essentiel. Mais ça n'a plus vraiment été le cas depuis plusieurs législatures. Il suffit de voir que depuis près de 10 ans, lorsque les décrets ont été publiés, aucune initiative législative significative n'a été prise. Seul le décret non-marchand a contraint à quelques aménagements sans réelle nouvelle réflexion sur les secteurs. Le texte du décret organisant le secteur des maisons médicales ne s'est jamais vu réapproprié par la Commission communautaire française. C'est toujours celui de la Communauté française.

L'urgence pour plaider dans ce sens lui paraît revêtir quatre aspects :

- Interne : beaucoup d'acteurs des secteurs santé et social sont fatigués et démobilisés des mises en perspective sans lendemain. Les journées d'Egmont sur la récolte des données et l'évaluation, les rumeurs d'un décret global ambulatoire toujours reporté, les Assises de l'ambulatoire qui ont le mérite de se faire rencontrer des acteurs du terrain mais dont le mandat reste flou...
- Collégiale : dans une situation de précarité financière, l'impasse risque de créer une situation de tension réelle entre les secteurs si des critères de priorité ne sont pas éclaircis.
- Sanitaire : ce point sera développé plus loin, mais il faut s'inquiéter de la qualité de la réponse de l'offre de services actuelle aux problèmes de santé d'aujourd'hui.
- Enfin politique et sans doute pour une part politicienne. En 2007, quelle sera dans le secteur santé, la monnaie d'échange d'une sécurité sociale maintenue fédérale?

Des grandes lignes du programme pour une politique régionale de santé telles l'option pour une approche globale de la santé et par conséquent le développement de partenariats institutionnels et intersectoriels et l'importance d'améliorer l'accès aux soins pour tous lui parait effectivement un cadre pertinent pour une politique. La Fédération retient en particulier les priorités du gouvernement en matière de développement des points de répit pour les enfants malades chroniques, de soutien aux dynamiques de réseaux, moyennant une redéfinition de cette notion, de prise en compte des effets comportementaux et environnementaux de la Ville sur l'état de santé des populations, de projets de réforme des décrets santé mentale et toxicomanies, de problèmes de santé liés à la précarité etc.

Quelques mois après l'installation dans cette législature, la Fédération s'inquiète de ce qui lui semble un double manque, partiellement sans doute par insuffisance de moyens :

- d'une part, le développement d'une politique régionale de santé qui structure adéquatement une offre de soins de santé primaires eu égard aux besoins de la population,
- d'autre part, au sein de cette offre, la place des Maisons médicales et la situation concrète du secteur.

Il lui semble en effet urgent d'attirer l'attention des députés sur la nécessité de déployer une politique de soins de santé primaires et les risques de laisser évoluer une situation de dégradation objective de ces secteurs.

Généralement dans le jargon de la Commission communautaire française, on parle de secteur ambulatoire en référence à la prise en charge de patients hors du secteur hospitalier où les patients sont immobilisés; les Assises sur le sujet n'auront pas suffi à préciser les contours de cette appellation et le contenu de ses missions.

D'un point de vue international, cette appellation n'est pas beaucoup mieux définie. Par contre, un accord de principe existe du côté des experts pour reconnaître la pertinence de structurer et rendre performants des soins de santé primaires de qualité.

Il lui paraît essentiel à ce propos de s'accorder sur les mots pour disposer d'un langage commun mais aussi pour sortir de jugements de valeur mal à propos. La confusion soins de première ligne/soins de santé primaires fait partie de ces difficultés.

Quand on observe un système de santé, on peut le regarder à partir de l'offre de services et y relever des niveaux d'offre de soins : le niveau primaire, non segmenté ni par âge, ni par sexe, ni par type de problèmes, ni par organe, ni par capacité financière ; ce niveau primaire est censé répondre à quelques 90 % des problèmes de santé d'une population non sélectionnée du tout venant, le niveau tertiaire, celui de la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires), et entre les deux, le niveau secondaire, niveau de référence, spécialisé et donc segmenté.

L'autre angle d'observation est celui de la demande, du lieu où le patient prend contact avec le système et y dépose son problème. Ce lieu sera la première ligne. Particulièrement dans notre pays où l'accès aux différents niveaux n'est pas échelonné et donc libre, la première ligne pourra se situer à beaucoup d'endroits, y compris dans le niveau secondaire et même tertiaire; les services de garde en sont un exemple mais le « Brussels Menopause Center » aussi.

Les services de santé mentale et d'aide aux toxicomanes sont structurellement dans le niveau secondaire, même si, de fait, ils peuvent se trouver conjoncturellement en première ligne. Le fait de décider s'ils doivent ou non s'y trouver ferait l'objet d'une planification de l'offre dans le cadre d'une politique rationnelle de soins, qui va de la simple incitation à la coercition la plus rigide selon les systèmes.

Tous les experts s'accordent à reconnaître la superposition des niveaux et des lignes de soins comme un critère de qualité. Mais ce qui paraît certain dans le paysage de la santé à Bruxelles, c'est que l'offre de soins de santé primaire est trop peu importante et que l'offre de soins secondaires l'est trop.

Une bibliographie importante et de nombreuses recherches existent dans ce sens. Il souligne cette nécessité par deux articles, l'un de Saltman, Rico et Boerma et l'autre de Barbara Starfield pour l'OMS et l'OCDE. Des extraits de ces documents seront joints au texte écrit de cette communication.

Il attire l'attention sur le lien entre le déploiement de politiques de cette nature et un certain nombre des priorités du gouvernement comme l'accès aux soins pour tous, l'approche globale, la prise en compte des effets de la précarité ou de l'environnement urbain. Par ailleurs, une réduction sur les dépenses de soins ambulatoires semble bien enregistrée dans les pays qui payent les médecins à la capitation (forfait appliqué dans plusieurs maisons médicales bruxelloises).

En Belgique, les soins de première ligne et la médecine générale qui en est le pivot sont en crise depuis plusieurs dizaines d'années. Ces métiers du social et de la santé, pourtant fondamentaux, sont l'objet d'un désamour tant des professionnels que des pouvoirs publics : conditionnement de la formation, absorption de l'ensemble des soins par le deuxième et le troisième niveaux (hôpitaux et services universitaires), faible intérêt politique souligné dans plusieurs études internationales, attributions financières dérisoires pour les missions imparties théoriquement aux soins primaires, définis comme ceux qui s'adressent à l'ensemble de la population, famille, enfants, malades chroniques, personnes âgées, patients palliatifs, prévention, observatoire et vigie, fonction de synthèse, restauration de l'équité, etc.).

Il n'y a pas de doute que ces professions, et en particulier la médecine générale, doivent être profondément reformées pour redevenir attrayantes et performantes.

L'équipe pluridisciplinaire, comme elle est définie dans le décret des maisons médicales (soit M, K, I, Acc, AS, Psy), peut représenter un soutien important et une coordination structurée de la pratique face aux défis de la santé pour demain : réalisations de soins équitables et accessibles à toutes les couches de la population et aux spécificités sus-définies.

Il fait le constat de l'existence en Belgique de modèles multiples de dispensation de soins primaires. Sans orientations clairement définies par le politique, les dispensateurs individuels ou collectifs poursuivront chacun, c'est logique et compréhensible, leurs propres objectifs. Ceci ne correspond pas à la conception du « système » de la Fédération. Ces modèles peuvent soit converger si on les organise dans ce sens, soit camper sur des positions inconciliables.

Faute de ces choix, il craint que le secteur « ambulatoire » général se trouve confiné à remplir par défaut les tâches abandonnées par le secteur hospitalier; les services de proximité se tariront et les soins à domicile se structureront uniquement par rapport à la gestion des flux à l'hôpital. En terme de coût des soins, sur le plan financier, on assisterait à l'accroissement de la tendance inflatoire actuelle, et sur le plan humain, on poursuivrait la course derrière la prise en compte des individus dans leur globalité et l'humanisation des structures de soins.

Un des enjeux majeurs, selon lui, est bien que l'approche de la santé devienne plus globale – l'Homme dans toutes ses dimensions d'être physique, social et relationnel et la Santé dans tous ses déterminants sociaux, culturels, environnementaux – pour rencontrer les besoins actuels de la population, et particulièrement ceux des populations les moins favorisées, le tout sans aucune sélection.

Par définition, cette « double globalité » ne peut pas être rencontrée par le niveau secondaire ou tertiaire, à fortiori hospitalier, dont la spécificité est d'être techniquement pointu et spécialisé et donc segmenté mais elle peut l'être par un secteur des soins de santé primaires, de proximité, structuré et financé comme tel, dont le contenu et l'organisation (« meilleure pratique ») relèvent du principe de subsidiarité au sein du système de santé.

Il plaide pour une politique régionale qui s'inscrive dans cette perspective. Même si les compétences régionales sont partielles en la matière, et il n'est pas dit que cela ne changera pas, elles représentent des leviers importants en termes d'organisation de la pratique et des pratiques.

Il plaide pour qu'il soit fait davantage en terme d'articulation avec les multiples niveaux de pouvoir qui ont compétence en matière de santé. Il le dit et le répète mais une politique de santé ne pourra se construire qu'au prix de cet effort de décloisonnement, d'inter-institutionnalisation et d'intersectorialisation.

La Fédération veut donc :

 d'abord l'articulation avec les politiques régionales bruxelloises – on le sait la santé n'est pas que l'affaire des professionnels de la santé et l'action sur des déterminants essentiels comme le social, l'éducatif, l'environnement ou la culture relève de différents cabinets. La politique du logement, de l'aide sociale, de l'emploi ou de l'aménage-

ment urbain a évidemment également des impacts significatifs sur la santé de la population. Qu'est ce qui empêcherait de mettre en place une législation-entonnoir, comme au Québec, qui fasse une lecture des diverses politiques à l'aune de leur impact sur la santé. On le fait bien au niveau budgétaire pourquoi pas au niveau santé? Des transferts de moyens à partir du secteur hospitalier ou d'autres secteurs ne devraient pas relever de l'absurde mais de choix en faveur d'une offre renouvelée des services.

- ensuite articulation avec les politiques de la Communauté française dont certains champs de compétences pourraient être réinterrogés.
- enfin articulation avec le fédéral à la fois pour davantage de cohérence de l'organisation. Il pense au projet de loi sur l'organisation des pratiques de groupe ou à la reconnaissance des psychologues cliniciens par exemple, qui pourrait soulager les finances régionales en « Inamisant » certains prestataires. De plus, une organisation performante du système est largement susceptible d'économie de soins secondaires plus lourds (ceci est bien montré par les études internationales et confirmé par les évaluations de l'Inami concernant les maisons médicales au forfait) et dès lors la mise en place d'une politique de soins de santé primaire mériterait sans doute d'être valorisée au prorata des économies induites auprès du fédéral.

Cette approche globale et qualitative des soins primaires doit s'adresser à l'ensemble de la population. Elle ne peut se concevoir, comme le signale l'OMS, comme un paradigme confiné aux seuls milieux défavorisés, même s'il convient d'accorder une priorité aux populations précarisées.

Dans un cadre de réforme, la porte d'entrée du système est évidemment le secteur des soins primaires. Au sein de celuici, les maisons médicales dont l'offre de services est la seule à être généraliste et non segmentée (ni sur l'âge, ni sur la problématique de santé) constituent de fait la première ligne du niveau primaire de l'organisation des soins de santé et l'interface avec l'espace communautaire. Elles partagent ce point de contact avec les médecins généralistes dont la pratique se coordonne avec les autres acteurs des soins à domicile, comme l'a bien souligné ici même le docteur Hoffman au nom de la FAMGB.

Actuellement, le syndicat majoritaire de la médecine générale pense également que l'avenir de la pratique est l'évolution progressive vers des équipes mono ou pluridisciplinaires.

Compte tenu de ces constats et du souhait d'un projet politique ambitieux pour la santé à Bruxelles, il souhaite une promotion active des maisons médicales ou d'autres types d'associations de santé intégrées dans un paysage remodelé des soins de santé. Si le paysage sanitaire de la Commission communautaire française s'est défini une porte d'entrée, il s'agit de compléter le rôle et l'articulation des services spécialisés, ambulatoires et hospitaliers, dans un projet cohérent, qui prenne en compte les besoins de la population bruxelloise.

Pour ce qui concerne la santé mentale et la toxicomanie, il semble que, depuis plusieurs années et au travers de leur rôle de pionniers, une large part de leurs préoccupations se sont « généralisées » et que nombre de problèmes de santé mentale et de prise en charge de patients toxicomanes sont réalisées en soins de santé primaire et avec qualité. Un certain nombre n'arrive d'ailleurs jamais au niveau secondaire. Des initiatives comme le RAT ou AlTo ont bien contribué à sensibiliser au problème et à conforter les compétences dans le domaine de la toxicomanie.

Une large part des plaintes présentées dans les contacts des maisons médicales est d'ordre bio-psycho-social. On peut s'interroger sur des lectures qui n'intégreraient pas cette triple dimension. Un champ de redondance doit sans doute exister avec des prises en charge dans les services de santé mentale avec qui des précisions sur l'offre et la nature de la référence devraient intervenir. Les collaborations avec ces secteurs sont difficiles à évaluer même si elles sont parfois formalisées dans des conventions ou dans des activités de réseaux.

Le plus souvent, l'analyse est que le bénéfice repose surtout sur la qualité de la relation interpersonnelle des professionnels et, à ce niveau, il lui paraît bien qu'on est centré sur le patient. Il relève cette expression parce qu'elle est utilisée régulièrement pour s'opposer à la mise en place de filières institutionnelles, en laissant au patient toute liberté de se perdre dans les dédales de l'offre. Comme si la demande n'était pas aussi conditionnée par l'offre !

Etat de la situation, définition de priorités en fonction des demandes et besoins et des ressources, programmation et planification, évaluations sont autant d'étapes incontournables d'un processus de construction de cette politique. Si la politique n'est pas la science, elle n'en obère pas la méthode!

Quelles hypothèses peut-on formuler pour la promotion des maisons médicales ou associations de santé intégrées ? A supposer que les pouvoirs publics adhèrent à terme à l'objectif de soutenir l'évolution de la pratique solo encore majoritaire actuellement en médecine générale vers une pratique intégrée en équipe pluridisciplinaire de soins primaires, cette mutation est appelée à prendre quelques années.

Un objectif intermédiaire serait d'offrir le libre choix entre les deux systèmes, en soutenant un développement de l'offre intégrée. Ainsi, chaque citoyen aurait réellement, où qu'il habite, la possibilité de choisir entre deux types de pratiques. Les questions d'accessibilité sont légitimement centrales pour le pouvoir public. Plusieurs études ont montré (J. Degré, La Louvière; OCDE, Etude de politique de santé n° 7, 1995) que l'accessibilité en première ligne n'est pas garantie par la dispensation classique de soins qui, payement à l'acte aidant, oriente les patients vers l'hôpital!

Un objectif encore plus restreint serait d'initier l'implantation des maisons médicales en priorisant les zones à forte densité démographique et haut taux de chômage (ou avec un taux supérieur d'assurés bénéficiant de l'intervention majorée). Cette option signifierait mettre l'objectif d'équité avant les autres en lui conférant un caractère prioritaire.

En ce qui concerne la situation concrète du secteur, il s'inquiète des effets dits de blocage budgétaire sur le développement de certains secteurs comme celui des maisons médicales. Certes les moyens de la Région sont réduits et son propos n'est pas d'aborder cette question, mais au sein même des différents programmes, les choix sont faits d'accepter certaines normes de croissance dans certains secteurs et pas dans d'autres.

Sur base de ce qui précède, de la priorité que pouvaient représenter, dans les préoccupations de l'Olivier, l'aide aux personnes en général et l'option de certains transferts du secteur hospitalier vers les soins et la santé de proximité, il s'inquiète de l'absence des réajustements budgétaires qui auraient pu traduire ces choix politiques.

L'évolution interne des budgets des différents secteurs subventionnés de l'ambulatoire démontre les conséquences de cette inertie. Les secteurs les mieux dotés le sont toujours plus. Sans vouloir déclencher une guerre entre les secteurs qui auraient tous à y perdre, il constate que les 22 centres de santé mentale consomment plus de 55 % du programme budgétaire tandis que 28 maisons médicales pèsent moins de 10 %.

Comme il l'avait communiqué dans un document resté sans réponse en septembre 2004, il estime normal que les exigences décrétales concernant les maisons médicales soient rencontrées et que l'ensemble du personnel non finançable par l'INAMI – au même titre que dans les autres secteurs – soit progressivement pris en charge par la Région. Il en est ainsi non seulement du travailleur en santé communautaire mais aussi des assistants sociaux, psychologues, accueillants complémentaires pour couvrir les heures d'ouverture requises, ou du coordinateur qui font partie de la composition de l'équipe telle que formulée dans le décret.

En perspective, un niveau de croissance budgétaire minimum devrait prévoir la subvention de deux ou trois nouvelles structures chaque année, ce qui est le niveau de développement actuel. Il n'est pas acceptable que les nouveaux agréments se traduisent par une réduction des subventions

des autres centres. A moyen terme, cette pratique conduira à une réduction en deçà des échelles barémiques conclues dans les accords du non-marchand, ce qui serait un comble ! Un ajustement budgétaire devrait pouvoir être envisagé dans ce sens, encore cette année.

En matière d'optimalisation de l'offre de services de soins de santé primaires, il souhaite une expérimentation-pilote (et donc évaluée) d'un projet global, multiservices, un « centre du social et de la santé », implanté dans un quartier non encore desservi, au bénéfice d'une population prioritaire. Un document dans ce sens a été rédigé par la Fédération des Maisons médicales et peut servir de base de discussion. Ce projet-pilote pourrait utilement accompagner la mise en chantier d'un projet politique.

De même, l'accès aux subventions d'infrastructure devrait être ouvert au secteur des maisons médicales, comme elles l'ont été brièvement par le passé et le sont toujours pour d'autres secteurs équivalents.

Pour terminer, outre les aspects budgétaires et organisationnels, il souhaite évoquer la dynamique lancée à l'occasion du 25ème anniversaire de la Fédération qui portera sur le thème « Refonder les pratiques sociales, Refonder les pratiques de santé ». Elle pose la question du sens. Il lui paraît que l'évolution de la société et des problématiques auxquelles les professionnels des secteurs de la santé et du social sont confrontés sont telles que les réponses initiées il y a 25 ou 30 ans, dans des contextes différents, peuvent être questionnées pour ancrer à nouveau leur fondement. Quelles sont les valeurs qui guident les interventions ? Quelle place pour la solidarité et la justice sociale dans une société où la santé est un objet de marchandisation, l'exclusion sociale une donnée structurelle et l'individualisme une règle ? Quel sens prend le travail social dans cet espace ? La santé peut-elle offrir autre chose qu'un outil de médicalisation du social ?

La Fédération a sollicité largement les acteurs du nonmarchand, social et santé particulièrement, mais aussi associations d'usagers, mutuelles et syndicats, pour un itinéraire d'analyse et le développement conjoint d'objectifs d'actions. Des modalités de collaboration et de soutien des pouvoirs public à cette démarche peuvent être envisagées. Le Dr Roland rappelle son plaidoyer pour une politique régionale de santé. Il lui semble que les échéances politiques proches conduiront à des interrogations sur l'avenir du système de santé certes, mais surtout sur son inscription dans un dispositif d'assurance sociale et solidaire, et que ceci conforte encore la nécessité de choix politiques appuyés sur des valeurs et déclinés en programmes opérationnels efficients.

Le Docteur Roland remercie les membres de la Commission pour leur attention et précise que l'exposé a été approuvé par les docteurs Jacques Morel et Véronique Duparc.

18. Discussion générale

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) remercie le Dr Roland d'avoir rappelé les notions de soins de « première ligne » et de soins de santé « primaire, secondaire et tertiaire » qui ne sont pas toujours bien comprises du public.

Plaidez-vous, dit-elle, pour une politique régionale de santé, pour une meilleure articulation entre la Commission communautaire française et les autres niveaux de pouvoirs (Etat fédéral, Communauté française et Région de Bruxelles-Capitale)?

Pourriez-vous présenter sommairement la législation dite « entonnoir » des services ambulatoires au Québec ?

Disposez-vous de données relatives au système de financement du « forfait » ou « à l'acte » ?

Face à l'étroitesse du budget affecté aux services ambulatoires de la Commission communautaire française, pensezvous qu'il faut redéfinir une politique de santé au niveau fédéral ?

Vous proposez de mettre sur pied des projets pilotes alliant le social et la santé. N'en existe-t-il pas déjà un, celui de Villes et Santé ?

Mme Céline Delforge (Ecolo) demande si la volonté de la Fédération des maisons médicales de mélanger les publics vise également le secteur de la toxicomanie.

Le Dr Roland estime que l'articulation entre la Commission communautaire française et les autres niveaux de pouvoir (Etat fédéral, Communautés et Régions) est une nécessité dans la mesure où le partage des compétences de la politique de santé repose davantage sur des raisons institutionnelles que d'une gestion de politique de santé de terrain.

Depuis la réforme institutionnelle de 1970, la situation a évolué. Il évoque le problème des urgences en milieu hospitalier, secteur privé et IRIS à Bruxelles, qui accueillent 350.000 personnes par an.

Il cite l'exemple de l'hôpital Saint-Pierre où les urgences accueillent 50 à 70 % de personnes qui expriment des problèmes d'ordre social, psychologique ou somatique et qui nécessiteraient des réponses plus adéquates en milieu ambulatoire.

Il soulève le problème du sous-financement de ce secteur et le fait que l'Etat fédéral ne finance que les professions nomenclaturées (les médecins, les kinésithérapeutes et les infirmiers) mais pas la coordination qui est financée par la Région. Le ministre de la Santé, M. Rudy Demotte, a demandé à l'ULB, une étude qui portait sur une dizaine de milliers d'urgences. Cette étude a démontré, d'une part, que 50 % d'entreelles nécessitaient une prise en charge d'ordre bio, psycho ou social en milieu extrahospitalier et, d'autre part, que ce transfert de flux pouvait engendrer des gains financiers non négligeables pour le secteur ambulatoire.

Le Dr Roland soutient que la politique de santé en Région de Bruxelles-Capitale doit changer au risque de voir les urgences prises en charge uniquement en milieu hospitalier et de manière inadéquate. Il n'est pas acceptable pour un patient qui ne souffre pas de fracture ouverte ou d'infarctus de devoir attendre plusieurs heures avant d'être soigné.

Le Dr Roland estime que le financement de la politique de la santé est un moyen et non une fin en soi.

Dans les années '80, les centres de soins intégrés se sont constitués en équipes pluridisciplinaires avec ou sans unité de lieu pour répondre à leur mission de dispenser des soins primaires de qualité. Un des freins à ce critère de qualité était le système de financement de la prestation à l'acte qui est, selon lui, un système perverti en soi.

Un projet-pilote a démontré les limites des deux systèmes de financement du « forfait » et de « la prestation à l'acte médical ». Le forfait est un système peu efficace. Pourquoi un médecin devrait-il se lever la nuit s'il est quand même payé? La prestation à l'acte est un système qui pourrait être efficient s'il prévoyait uniquement le remboursement de certaines prestations pénibles ou qui constituent des priorités de santé publique.

De la sorte, certaines prestations techniques prises en charge par la médecine secondaire retourneraient dans le giron de la médecine générale.

D'autres systèmes de financement pourraient être imaginés. Il cite le financement à l'objectif, le financement structurel via la création d'un fonds d'équipements ou le financement par l'Etat fédéral de l'informatisation des cabinets médicaux.

Un financement idéal serait un financement mixte avec l'INAMI qui intégrerait plusieurs types de financements plus performants basés sur de réelles missions.

Le Dr Morel précise que l'expression « l'entonnoir québécois » est une loi santé sortie en 2003 qui consiste à examiner les projets du gouvernement qui peuvent avoir une incidence sur la santé des citoyens.

L'origine de cette loi-santé repose sur deux axes.

La santé est déterminée par des facteurs sociaux, culturels, éducationnels, environnementaux, etc. Par conséquent,

il est intéressant de voir si les législations ont un impact positif ou négatif sur la santé de la population.

La deuxième raison tient de l'économie de la santé et des systèmes de financement. Depuis le milieu des années '90, les systèmes de santé des pays industriels ont démontré que les plus-values en terme de bénéfice santé complémentaire pour la population ne tiennent pas tant à ajouter du financement au système de soins de santé qu'à développer des politiques qui ont un impact positif sur la santé.

La convergence de ces deux logiques a entraîné l'adoption de cette loi.

La plupart des politiques à grand budget qui ont un impact sur la santé doivent recevoir l'avis du ministre de la santé et du bien-être.

Il précise que le projet-pilote de la Fédération des maisons médicales n'a pas le même objectif que celui du projet Bruxelles-Villes Santé.

Le projet-pilote repose sur une expérimentation des pratiques des structures existantes subventionnées par la Commission communautaire française.

Le projet Bruxelles-Villes Santé n'a pas la volonté d'une politique régionale de santé, de la promotion de la santé dans la mesure où ce projet ne retient pas toutes les stratégies de la Charte d'Ottawa.

Le projet Bruxelles-Villes Santé favorise le développement de milieux de vie favorables et le développement de l'action communautaire mais n'a pas l'envergure de transformer les services et structures de santé existantes en structures de promotion de la santé.

Le Dr Roland souligne l'importance de la complémentarité des secteurs.

Il rappelle que certains secteurs sont structurés dans des contextes de rupture pour apporter une solution originale qui était adaptée à la situation de l'époque.

Les services de santé mentale ont développé la santé communautaire dans l'ère de l'anti-psychiatrie.

Les maisons médicales se sont positionnées contre l'idée mercantile de la médecine et l'idée scientiste où le facteur humain était laissé pour compte.

Les centres de planning familiaux se sont créés dans le contexte d'une criminalisation intellectuelle de la contraception, de l'IVG et de la méthadone.

Il souligne qu'il n'existe toujours pas actuellement un service d'urgence ambulatoire et qu'une réflexion doit être

menée pour développer des collaborations entre les maisons médicales et les services de santé mentale pour mettre en place un lieu d'accueil d'urgence avec des travailleurs sociaux pour répondre aux besoins de soins et de santé de la population.

Il précise à Mme Delforge qu'il n'est pas en mesure de répondre à sa question relative à l'absorption éventuelle du secteur toxicomanies par les maisons médicales et les services de santé mentale.

Il espérait que les travaux d'Egmont et les Assises sur l'évaluation permettraient d'apporter une réponse plus précise à cette question.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) demande s'il existe des données qui démontrent que la pratique de soins en maisons médicales représente une économie pour le budget de la santé.

Le Dr Roland précise que des études ont été réalisées dans ce domaine avec pour indicateur à suivre, l'efficience et le coût en temps, en personnel et en matériel.

75 % des dépenses ont lieu dans les dernières années de vie du patient.

Les études ont démontré que le travail en réseau de soins formalisé a des indicateurs de qualité tels que la satisfaction du patient, le taux d'hospitalisation, la consommation de médicaments plus élevés que la pratique de la médecine solo.

Chaque année, une économie importante est réalisée pour l'INAMI en soins de deuxième et troisième lignes qui dépasse le budget global des maisons médicales au forfait.

Mme De Galan, présidente, remercie les Docteurs Roland et Morel pour la qualité de leurs réponses.

19. Exposé de M. Bruno Valkeneers, coordinateur, et de M. Christophe Marchand, administrateur de la Liaison antiprohibionniste

La commission a poursuivi ses travaux du 6 juillet 2005 par l'audition de MM. Bruno Valkeneers et Christophe Marchand.

M. Bruno Valkeneers remercie Mme De Galan et les parlementaires de lui permettre de participer au débat relatif à l'évaluation des décrets santé mentale et toxicomanies en Région de Bruxelles-Capitale. Il apprécie cette démarche en ce qu'elle permet à une initiative comme la leur, non agréée par l'un des deux décrets mais toutefois animatrice du débat

sur les drogues et actrice de la santé publique, d'exprimer ses considérations sur la politique menée en matière de toxicomanie.

Il ne souhaite pas s'attarder sur les données épidémiologiques qui ont déjà été exposées lors des précédentes auditions, et ne dressera pas non plus le bilan de l'état de santé des institutions de soins de la Région de Bruxelles-Capitale. Il rendra davantage compte de l'évolution des comportements, des mentalités et des pratiques lorsque l'on aborde la consommation de stupéfiants, lorsque l'on débat sur les moyens de mettre en œuvre une politique juste et efficace en matière de drogues.

Comment construire une politique globale en matière de drogues, une politique responsable, soucieuse de la santé publique dans le respect du citoyen et des valeurs de notre démocratie? Cette question est l'essence même de la Liaison Antiprohibitionniste, celle qui a initié le projet de la Liaison en 1989. Celle à laquelle la voie unique de la prohibition apporte une réponse insuffisante et inadaptée et qui aujourd'hui encore encourage la Liaison à envisager une alternative à l'interdit pénal en matière de drogues.

La prohibition suppose selon lui que l'interdit pénal, en matière de drogues, diminuera l'usage, la production et la diffusion des substances illicites pour voir, un jour, éclore un monde sans drogues dominé par l'idéal d'abstinence.

Cette doctrine justifie notamment la guerre vaine menée depuis des décennies contre l'offre et la demande de stupéfiants sur un marché illicite de plus en plus lucratif. Ainsi, le chiffre d'affaire annuel mondial du commerce de la drogue atteint environ 320 milliards de dollars, selon le dernier rapport mondial de l'ONU concernant le trafic de substances illicites.

Le cas de l'Afghanistan est éloquent quant à l'incapacité des autorités locales et internationales de contrôler la production de pavot et de lutter efficacement contre la narco-économie et le narco-pouvoir. Dans les colonnes du journal « Le Soir » du 04 juillet 2005, on a pu lire notamment, sous la plume d'Alain Lallemand, que les revenus relatifs au seul transport et à l'exportation de l'opium et de l'héroïne à l'intérieur et aux frontières immédiates du pays rapportent 1,8 milliard d'euros aux trafiquants soit plus de trois fois le budget annuel total de l'Etat afghan (556 millions d'euros).

Ce phénomène qualifié par la Banque Mondiale de « mal gouvernance », c'est-à-dire le développement de la corruption et de la criminalité participe à l'instabilité politique dans la région. Il note que c'est aussi le cas dans d'autres régions du monde, en Amérique du Sud notamment (Colombie, Pérou, Bolivie,...).

La répression ne peut mettre fin au marché illégal des drogues, c'est un constat, une évidence. On ne pourra jamais enrayer l'offre et la demande en substances illicites, prétendre l'inverse est une utopie. C'est d'ailleurs le constat du gouvernement fédéral belge lorsqu'il émet certaines recommandations sur la politique à mener en matière de drogues. « Une société sans drogues étant une utopie, il faut donc concentrer nos efforts sur des objectifs plus réalistes comme, prévenir les toxicomanies précoces, lutter contre la conduite de véhicules sous l'influence des produits visés, retarder la consommation ou la contrôler, réduire l'abus des substances en cause. (5) ».

Toutefois, pour le gouvernement fédéral, la prohibition reste le modèle à suivre pour mettre en œuvre ses recommandations et viser le bien être du citoyen et de la société. La Liaison Antiprohibitionniste considère par contre la prohibition comme un système pervers poursuivant une utopie qui justifie une partie du mal être de la société.

- Le coût prohibitif des produits engendre une précarisation sociale de certains usagers de drogues.
- L'illégalité de l'acte de consommer implique la marginalisation (prison, difficultés de (re)trouver du travail, etc.).
- La prise de produits hors cadre culturel et social renvoie à l'usager une image négative de lui-même et peut engendrer une déresponsabilisation de l'individu (délinquance).
- La prohibition contribue à un frelatage et à une méconnaissance des produits (coupés, non contrôlés, diabolisés, etc.).

La Liaison Antiprohibitionniste condamne la prohibition en ce qu'elle n'offre aucune perspective de prise en charge réaliste du phénomène de la toxicomanie, tout au plus elle lui propose une échappatoire vers l'abstinence. Mais, c'est justement cet idéal d'abstinence qui est illusoire car l'ivresse est un héritage ancestral et les substances y menant un héritage culturel. En Occident, l'alcool fait partie de celui-ci, il est inséré dans un cadre social, avec ses rites d'initiation, ses limites et ses célébrations. Dans d'autres sociétés, la substance psychotrope reconnue peut être toute autre : feuille de coca en Amérique du Sud, haschich en Afrique du Nord, opium en Asie, etc.

L'opportunité de l'usage d'une substance plutôt qu'une autre ne dépend pas de critères de nocivité, elle tient son origine des conditions culturelles, climatiques et géographiques. Ainsi par exemple dans notre pays, le cannabis est toujours illégal, alors qu'il est moins nocif que l'alcool dont l'usage est autorisé (6). Le débat sur la toxicité des produits

⁽⁵⁾ Note politique du gouvernement fédéral sur la problématique de la drogue, p. 11, 19.01.2001

⁽⁶⁾ Denis Richard, Jean-Louis Senon, Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, Larousse-Bordas, 1999.

est plus idéologique que scientifique, pourtant c'est bien la pseudo toxicité d'un produit qui justifie l'interdit. Cette attitude est dangereuse dans la mesure où la seule interdiction contribue au frelatage des produits.

Les membres de la commission pourraient s'étonner de ce que la Liaison aborde ces thèmes dans cette enceinte très bruxelloise. On peut admettre sans difficulté que la situation en Afghanistan est intolérable, que le trafic augmente ou que la prohibition des drogues est une politique désespérément vaine. Mais néanmoins, le sentiment premier est de considérer que ces thèmes trouvent à être débattus rue de la Loi ou dans les enceintes de l'ONU. Le Parlement francophone bruxellois a-t-il à débattre de ces questions ?

La question des drogues est émiettée entre de nombreux niveaux de pouvoir : international, fédéral, régional et communautaire. Le Parlement francophone bruxellois a-t-il les mains liées ? Le gouvernement fédéral est-il l'esclave des politiques onusiennes ?

Que peut faire la Région de Bruxelles-Capitale pour mener une politique de santé soucieuse des besoins et du bien-être du citoyen bruxellois lorsque l'on aborde la consommation de drogues ? Tout et rien !, affirme-t-il. Le gouvernement fédéral détermine la politique générale et confie au Parlement francophone bruxellois l'action concrète sur le terrain, la gestion au jour le jour dans la rue et dans les services que subventionne la Commission communautaire française.

A vous de faire face à la réalité de la consommation des drogues, de sa prévention, de son information.

Le problème se pose quand le Parlement est arrêté ou freiné dans ses soucis de politique de santé publique par des options générales qu'il ne choisit pas. L'Etat fédéral n'est pas sourd à cette question, c'est cela que veut dire la « politique globale et intégrée en matière de drogues » : l'association de tous les niveaux de pouvoir à la conception d'une politique générale. Et les structures ont été mises en place par l'accord de coopération du 2 septembre 2002, publié au *Moniteur belge* le 2 juin 2003, en prévoyant la création d'une « Cellule Générale de Politique en matière de drogues ».

Le problème est que, selon lui, personne ne se charge de la mettre en œuvre. Pourtant, si le Parlement se sent gêné afin de mettre en œuvre les politiques de prévention ou d'assistance qu'il souhaite, il est nécessaire d'activer cette cellule et qu'un débat y soit suscité, au moins quant à la nécessité d'une remise en cause de l'interdit pénal relatif à l'usage récréatif de drogues et à l'approvisionnement de celui-ci. Car cet interdit limite dangereusement la liberté d'action des intervenants en toxicomanie, « nos experts de terrains », par la pénalisation entre autre de « l'incitation à l'usage de drogue » ou de la « prescription abusive de drogue ». L'expertise médicale, psycholo-

gique, ou sociale est étouffée par cette « pénalisation », non seulement des usagers, mais de ceux qui travaillent à les informer, les aider ou les émanciper.

Et à l'ONU ? Si la Région est muette au fédéral que peutelle faire au niveau international? A nouveau tout et rien! Deux accords de coopération, celui du 30 juin 1994 et celui du 08 mars 1994, régissent les interactions qui doivent exister dans les matières partagées entre l'Etat fédéral et les entités fédérées. La règle est que les Régions doivent être consultées sur les positions à prendre dans les multiples forums internationaux où s'organise la guerre à la drogue (Assemblée générale de l'ONU, Organe International de Contrôle des Stupéfiants, Commission des Stupéfiants, Groupe Pompidou, etc.). La Région de Bruxelles-Capitale doit être consultée, mais elle peut également représenter la Belgique, dire et faire acter des résistances, des points de vue marginaux, des positions communes avec les autres Etats qui en ont assez de ne pas pouvoir mener librement des politiques de santé publique nécessaires à leur population.

La lecture des documents officiels de ces réunions est édifiante tellement les discours sont éloignés des réalités de terrain. S'il ne s'agissait que de discours, on pourrait simplement s'amuser de la vacuité ou des idioties qui s'y disent en matière d'usage de drogue, de sa prévention ou de l'assistance aux usagers problématiques. Malheureusement, lorsque l'Etat fédéral est amené à envisager une réforme de la loi pénale, ce sont toujours ces déclarations des institutions internationales qui sont mentionnées comme un empêchement. Pourtant la souplesse du droit international permet de se démarquer de ces positions.

Dans le temps qui lui était imparti, il n'a pas pu développer cette question tellement elle est complexe, tellement les niveaux de pouvoir impliqués sont nombreux. Elle est fondamentale pourtant, c'est pourquoi la Liaison après avoir mené une expertise sur les conventions internationales a entamé l'an dernier une réflexion sur l'autonomie et le rôle des Régions et Communautés dans la politique internationale de lutte contre l'abus des drogues illicites. Il sensibilise les élus à cette question en les conviant à participer aux réunions d'experts que la Liaison organise (voir programme d'activités 2004 en annexe.) Toutefois, il est disposé et souhaite en débattre ici même dès la fin de l'exposé.

L'idée n'est pas de dire que le Parlement francophone bruxellois va réformer la politique des drogues de la Belgique et de l'univers mais simplement de considérer les outils légaux existants afin que la Région puisse faire valoir l'expérience acquise en matière de toxicomanie et exercer librement les compétences qui lui sont dévolues par la Constitution dans le souci unique du mieux être de la population bruxelloise.

Il demande d'excuser la ferveur de ses propos, mais la Liaison antiprohibitionniste est un ferment de discussion

démocratique, elle a toujours été voulue par les pouvoirs publics comme l'empêcheur de penser en rond, comme l'aiguillon de la politique des drogues. Le livre blanc sur la drogue intitulé « Toxicomanie en Communauté Française – Etat des lieux et recommandation », publié en 1989 recommandait d'ailleurs aux instances politiques de soutenir le courant de pensée en faveur d'une alternative à la prohibition afin d'élargir le débat démocratique sur les politiques en matière de drogues.

L'association refuse toute approche dogmatique de la problématique « drogues » et dénonce l'attitude visant à interdire une substance sur les seules bases d'une idéologie. La prohibition n'est pas un modèle de prise en charge de la toxicomanie, la prohibition est cette idéologie qui sanctionne, qui interdit au nom d'une utopie. La position de la Liaison est critique certes, sans toutefois entrer dans une quelconque logique partisane. La prohibition a démontré ses limites entre autre en participant au désastre socio-sanitaire qui a précédé la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques (RDR).

La RDR liée à l'usage de drogue témoigne de l'impact désastreux de la prohibition sur la santé des consommateurs. Elle est cette politique dont le pragmatisme permet de sauver des vies dans un contexte où l'interdit tue. La RDR est un moyen privilégié de prévention, elle véhicule auprès du public (usagers de drogues et non usagers) un message clair, dénoué de considérations idéologiques sur les produits, un message correspondant au langage et aux pratiques des individus susceptibles de consommer des substances. Elle se démarque clairement donc d'une démarche visant à bannir l'usage de drogues envers et contre tout au profit d'une attitude visant à jeter les bases d'une intégration culturelle des pratiques et des représentations liées à l'usage de drogues.

Le travail courageux et l'attitude volontariste de l'équipe de modus fiesta dans ce domaine est à mettre à l'honneur lorsque l'on connaît le chemin parcouru pour mettre en œuvre le testing des drogues de synthèse. Ce projet est soutenu par la Région de Bruxelles-Capitale et par la Communauté française mais il est difficile à mettre en place, eu égard à la réticence de l'Etat fédéral et de certains parquets qui considèrent cette pratique comme de l'incitation à l'usage. Le même discours était tenu, jusqu'il y a peu, concernant l'échange de seringues.

Il estime que la société nage en plein paradoxe. Aujourd'hui les conséquences de l'interdit pénal en matière de drogues sont tellement désastreuses que les autorités doivent contrer l'épidémie en admettant l'échec de la prohibition. L'aveu est tacite, mais dans les faits il est presque évident tellement le message de la prohibition est clair : les drogues sont à bannir car elles sont dangereuses pour la santé, leur détention est réprimée sévèrement. Mais sur le terrain, en Région de Bruxelles-Capitale notamment, le discours, les pratiques font la promotion de la responsabilisation de l'individu par rapport à la consommation de drogues en adoptant un langage dénué d'idéologie. Parce que cela fonctionne mieux que la répression, parce que cela correspond à une réalité que l'on ne peut plus masquer. Les citoyens consomment des drogues malgré l'interdit et il va bien falloir le reconnaître et assumer ce phénomène social en se détournant de la voie unique prohibitionniste.

La Liaison Antiprohibitionniste soutient les actions menées en termes de réduction des risques, telles que la réalisation des brochures éditées par Modus Vivendi en partenariat avec d'autres associations en Communauté Française et en Région de Bruxelles-Capitale (Infor-Drogues, Modus Vivendi, Citadelle, Centre Alfa, Prospective Jeunesse, Santé et Entreprise, etc.). En assurant un service d'information juridique qui permet à l'usager et au non usager de connaître le cadre législatif dans lequel il évolue, cela participe à une plus grande responsabilisation de l'individu.

L'Europe aussi encourage la RDR comme en témoignent les dernières recommandations contenues dans le plan stratégique de l'Union européenne pour lutter contre l'abus et le trafic de stupéfiants. A ce titre, la politique européenne en matière de drogue est clairement en contradiction avec la volonté américaine sur la scène internationale. Les Etats-Unis s'opposant entre autre à l'échange de seringues considérant cette pratique comme susceptible d'encourager la consommation de drogues par intraveineuse. L'opposition culturelle est claire.

Mais, à l'heure où la RDR se généralise, ne convient-il pas de repenser la législation en matière de stupéfiants au risque de sombrer dans la schizophrénie politique ? D'un côté, l'usage de drogues continue à être banni et réprimé, de l'autre on admet son intégration culturelle pour protéger la santé publique.

La RDR a comme limite le cadre légal, le cadre décrétal dans lequel elle s'inscrit. La Liaison plaide en faveur d'une généralisation de ces pratiques à l'ensemble des acteurs de la santé. La RDR ne doit absolument pas rester entre les seules mains des professionnels du secteur toxicomanie, elle doit pouvoir dépasser les clivages et devenir un outil de responsabilisation à l'attention de tous les citoyens sans exception. Le décret devrait prévoir la possibilité pour des projets citoyens innovants, parfois alternatifs mais souvent efficaces d'être agréés pour leurs pratiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Mais la RDR n'est certainement pas la seule alternative aux effets nocifs de la prohibition sur la santé, c'est pourquoi la Liaison défend l'idée d'une alternative claire à l'interdit pénal. La Liaison propose une réglementation et une organisation de la production, de la distribution, du transport et de la vente des produits en vue de la consommation personnelle.

La Liaison propose d'envisager une réelle politique d'accompagnement qui garantit le contrôle de la qualité des produits (afin d'en réduire la toxicité et de limiter le nombre d'overdoses), qui investit dans la prévention, qui véhicule une information claire et, enfin, qui réglemente le marché. Le fait de conférer un cadre légal à la drogue permet l'efficacité du discours préventif et la gestion culturelle du rapport à la drogue. Il s'agit donc d'établir la frontière entre le respect des libertés individuelles et le bien-être de la collectivité.

Les thèses anti-prohibitionnistes font leur chemin. La Liaison connaît de moins en moins de réticences auprès du monde politique. Les médias relaient les actions de la Liaison et un public de plus en plus nombreux manifeste son intérêt et sa sympathie. Autant d'indicateurs qui permettent à la Liaison de mesurer l'impact de sa démarche et le changement progressif des mentalités.

L'idée d'une réglementation du marché des drogues est aujourd'hui reprise notamment par la Fédération des intervenants en toxicomanie (FEDITO) qui, récemment, a pris position en faveur de la réglementation du commerce et de la vente du cannabis. Par le Centre d'Action Laïque (CAL) également, qui après une longue réflexion éthique a mis sur la table une proposition de loi et d'arrêté royal portant sur la réglementation du commerce et de la vente de tous les produits stupéfiants. Le CAL considère ainsi la réglementation des drogues comme le prochain défi de société, après l'avortement ou l'euthanasie.

Selon Bruno Valkeneers, les quinze années de travail de la Liaison dans le sens de la promotion d'une dé-prohibition de certaines drogues ont influencé ces prises de positions. Dans le cas du CAL, c'est une évidence lorsque l'on rend compte du travail effectué par les membres de la Liaison au sein de la commission drogues de l'organisme. En ce qui concerne la position de la FEDITO la gratitude exprimée par le docteur Serge Zombek, au cours de la précédente audition, à l'attention de notre organisation pour avoir réussi a susciter le débat sur la législation en matière de drogue parmi les intervenants en toxicomanie présage de l'influence positive du discours de la Liaison.

Il est satisfait de l'écho positif du discours de la Liaison au sein de la société civile qui les encourage à continuer et à faire évoluer leur travail en fonction des besoins. Celui-ci légitime leur mission d'information, de formation et de prévention telle que définie par le décret « toxicomanies » de 1995 et même si la Liaison n'est pas agréée par celui-ci, elle participe à la mise en oeuvre d'une politique juste et efficace de santé publique. La Région de Bruxelles-Capitale soutient la Liaison au titre « d'initiative » depuis 1993. Malgré la précarité de cette situation, la Liaison parvient à offrir une expertise indépendante sur la problématique des drogues.

En abordant la complexité des enjeux liés à la drogue sous l'angle sociologique, psychologique, philosophique, juri-

dique et économique, la Liaison favorise l'approche pluridisciplinaire dans les débats. Sa participation à la vie associative lui a conféré une certaine notoriété légitimée par son activisme et sa volonté d'ouvrir un débat global sur la problématique des drogues. En oeuvrant dans le souci du droit à la dignité, dans celui de la santé et du mieux-être des usagers de drogues, la Liaison souhaite contribuer au développement de pratiques favorisant la responsabilisation et, ainsi, l'autonomie des individus.

Le mouvement anti-prohibitionniste ne prétend pas résoudre toute la problématique liée à la consommation de drogues, mais il a le mérite d'élargir le débat en l'imprégnant des valeurs démocratiques fondamentales : la liberté individuelle, le droit à la santé, le droit à l'éducation, le droit à l'information, etc. L'individu se trouve au centre des préoccupations de l'association, son bien-être motive la démarche de la Liaison. C'est pourquoi son projet suscite l'intérêt de ceux qui cherchent des solutions alternatives aux conséquences socio-sanitaires causées par celle-ci. C'est aussi pourquoi le projet et son expertise sont reconnus et méritent d'exister au sein du secteur toxicomanies. Existence hélas menacée, selon lui, dans la pérennité par le statut précaire de l'organisation.

Ne devrait-on pas ouvrir le décret « toxicomanies » aux initiatives innovantes, moteurs du débat démocratique et contradictoire en matière de drogues ? Peut-être la Région de Bruxelles-Capitale devrait-elle davantage promouvoir la participation citoyenne dans la mise en œuvre de sa politique en matière de santé. Reconnaître l'expertise des usagers de drogues est une piste, intégrer la réflexion sur les alternatives en est une autre.

Quoiqu'il en soit, quoiqu'il advienne, la Liaison poursuit la mission légitime que lui a conféré la société civile.

1. Les usagers de drogues ont besoin d'un lieu rassurant où il leur est possible de recevoir des informations neutres sur les produits, les modes de consommation, les risques au niveau juridique, etc. Ils ont besoin d'un endroit reconnu pour ses compétences en matière de drogues et connu pour ses positions anti-prohibitionnistes, afin d'apaiser leur méfiance. Méfiance causée par l'illégalité de leur comportement et par le manque de crédibilité et de cohérence qu'ils trouvent au discours prohibitionniste. La confiance qu'ils accordent à la Liaison lui permet de mener à bien la mission de prévention et d'éducation.

Certains usagers désirent participer au débat et investir dans leur citoyenneté. La Liaison compte parmi ses membres des usagers de drogues et elle essaye de les associer à toutes les actions entreprises.

2. Le contact avec les intervenants en toxicomanie est basé sur l'échange, qu'ils rapportent de leur expérience de ter-

rain. La Liaison met à leur disposition, ainsi qu'à celle de leurs patients (⁷), son centre de documentation. Ils sont informés de l'actualité liée à la drogue. Souvent, les intervenants spécialisés en toxicomanie envoient vers la Liaison, des usagers de drogues en difficulté suite à des poursuites judiciaires liées à leur consommation. Ces personnes sont conviées à des conférences, des journées d'étude, etc.

3. La Liaison offre aux intervenants une possibilité d'exprimer leur questionnement face aux problèmes rencontrés avec les usagers de drogues. Ce fut le cas notamment au moment de la série de circulaires sur le cannabis et lors de la campagne d'information du Gouvernement fédéral précédent. Beaucoup d'éducateurs de rue, d'animateurs en maison de quartier et autres ont contacté la Liaison pour répondre à leurs questions et stimuler leur réflexion.

Le contact avec ce public permet l'analyse de leur demande suivie d'une réponse adaptée à celle-ci. Ainsi, il leur est proposé des activités didactiques sur les sujets qui les préoccupent.

- 4. Outre le centre de documentation, l'association organise des débats, des colloques et des séminaires. La Liaison est régulièrement conviée à participer à des débats initiés par d'autres associations (Ligue des familles, A.S.B.L. Jour-J, Cercles d'étudiants, etc.) et par des journalistes belges et étrangers soucieux d'avoir un regard pertinent sur la question étant donné la singularité de l'association au sein de la communauté francophone. Elle est également très souvent sollicitée par des étudiants qui lui demandent de contribuer à la réalisation de travaux de fins d'études et de mémoires.
- 5 Les mandataires politiques s'adressent à la Liaison pour demander un avis sur des projets de lois, des débats parlementaires ou des informations pour des groupes de travail.

Par cet exposé, M. Valkeneers espère avoir éclairé la commission sur les activités et l'objet social de l'association. Il rappelle les trois missions de la Liaison Antiprohibitionniste: l'information, la formation et la prévention auprès de la société civile et des professionnels de la santé. Ces missions méritent, selon lui, considération et reconnaissance. Cette reconnaissance, déjà acquise auprès de la population et de l'associatif, est souhaitée auprès de la Commission communautaire française afin d'intégrer le décret et assurer ainsi la pérennité de leur projet, après douze années d'actions en Région de Bruxelles-Capitale à titre d'initiative.

20. Discussion générale

Mme Céline Delforge (Ecolo) souligne que l'exposé met en évidence l'évolution des pratiques de la réduction des risques dans le cadre légal contraignant de la prohibition des drogues qui a démontré toute son inefficacité.

Quelles pistes donner au Gouvernement francophone bruxellois pour mieux définir le cadre juridique des différents intervenants du secteur « toxicomanies » ?

Elle observe que la Liaison antiprohibitionniste joue un rôle d'expert auprès du Gouvernement, des usagers de drogues et des intervenants du secteur toxicomanies.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) estime que l'appellation de l'association « Liaison antiprohibitionniste » génère une certaine méfiance du Gouvernement et peut constituer un frein à la promotion des pratiques de réduction des risques soutenue par l'association.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) demande si le « testing » des drogues de synthèse rencontre des réticences du Gouvernement fédéral et des milieux judiciaires (parquet).

M. Christophe Marchand précise que le rôle de la Région de Bruxelles-Capitale est lié au cadre pénal légal défini par l'Etat Fédéral.

La Région a la possibilité d'agir au niveau de la cellule générale de politique en matière de drogues. Il déplore cependant que cette structure, qui a été mise en place par l'accord de coopération du 2 septembre 2002, publié au *Moniteur Belge* le 2 juin 2003, n'a toujours fait l'objet d'aucune mise en application. Concernant l'appellation de l'association « Liaison antiprohibitionniste », il précise que l'assemblée générale a décidé de ne pas changer de nom qui est compatible avec l'objet social.

Il rappelle que la « Liaison antiprohibitionniste » est un ferment de discussion démocratique, elle a toujours été voulue par les pouvoirs publics comme l'empêcheur de penser en rond, comme l'aiguillon de la politique des drogues.

M. Bruno Valkeneers précise que le « testing » des pilules d'extasie est une pratique de réduction des risques qui n'est toujours pas autorisée par les parquets judiciaires en Belgique au motif qu'il y a incitation à l'usage à partir du moment où un produit est donné à une personne pour être consommé.

Il informe qu'il existe une expérience de « testing » chez Modus Fiesta.

Cette association n'en parle pas et ne fait aucune communication à cet égard dans la mesure où elle craint des réper-

⁽⁷⁾ La Liaison partage une surface de bureaux avec la succursale d'Anderlecht du projet Lama.

cussions du parquet de Bruxelles qui pourrait demander d'arrêter cette pratique.

Dans la mesure où certaines pratiques de réduction des risques sont difficilement légitimables, dans le cadre actuel de la loi pénale de prohibition des drogues, la Liaison antiprohibitionniste plaide pour une généralisation des pratiques de la réduction des risques à l'ensemble des secteurs de la santé.

La Liaison défend l'idée d'une alternative claire à l'interdit pénal et propose une réglementation, une organisation de la production, de la distribution, du transport et de la vente des produits en vue de la consommation personnelle.

21. Exposé de MM. Olivier Hofman et Didier Devleeschouwer du Conseil des Usagers des Drogues licites et illicites (CUDLI)

La commission poursuit ses travaux par l'audition de MM. Olivier Hofman et Didier Devleeschouwer.

M. Olivier Hofman remercie, au nom du CUDLI, les membres de la commission pour l'accueil particulièrement remarquable pour celles et ceux qui depuis de nombreuses années se sont impliqués en tant qu'usagers dans la vie politique et associative en relation avec le secteur dit de la toxicomanie.

Cet accueil cadre également avec celui qu'ont offert la grande majorité des personnes et associations rencontrées durant les premiers mois de vie de l'association. Il souhaite les associer aux présents remerciements, tout comme il invite les membres à voir en ce moment l'ouverture d'un dialogue et d'un travail de longue haleine.

Il souligne l'avancée de l'ensemble du secteur « toxicomanies ». Il tient à adresser ses encouragements et remerciements tout particulièrement aux travailleurs de terrains.

Un second constat, le soutien reçu par le Conseil des Usagers de drogues licites et illicites a le plus souvent pris les formes et la grâce de la féminité. Il cite le proverbe turc, merveilleux lien entre ses remerciements et son discours : « Quand tu enseignes à un homme, c'est à un homme que tu enseignes. Quand tu enseignes à une femme, c'est à une civilisation que tu enseignes ».

Il n'est pas facile de représenter la grande diversité des usagers de drogues licites et illicites, même dans le cadre du décret organisant les services actifs en toxicomanies.

Il rappelle que la toxicomanie est l'habitude morbide de consommer de manière compulsive et abusive une substance toxique ou stupéfiante. Peut-on ainsi résumer l'attitude d'un nombre considérable de nos concitoyens sans orienter déjà les débats ? N'est-il question que de toxicomanies ?

Pour répondre à ces questions, l'association a la chance de pouvoir s'éclairer d'un exemple qui n'est pas inconnu des parlementaires, l'asbl « Citoyens comme les autres » (CCLA) qui, voici dix ans, déjà ouvrait ses portes aux usagers, ex-usagers de drogues illicites, ainsi qu'à leurs sympathisants.

Le nom même de cette initiative nous renseigne sur sa volonté d'ouverture, volonté qui marqua et marque encore le secteur. Les usagers, qualifiés souvent de délinquants et/ou de malades, se présentaient enfin en tant que citoyens comme les autres, êtres humains responsables et soucieux d'œuvrer à l'articulation solide et cohérente des responsabilités individuelles et collectives. Ces responsabilités déterminent, selon lui, la construction de la cité, la continuité et le renouvellement du projet démocratique.

L'existence de comptoirs d'échange de seringues à Bruxelles provient du travail de cette asbl. Si elle ne fut pas soutenue à l'époque par les intervenants de la santé, cette pratique le fut par certains décideurs politiques, mais aussi, grâce à une tolérance certaine, par les services de justice.

Cette pratique, illégale à l'époque, a ainsi pu franchir une étape importante en devenant une pratique non encadrée légalement mais soutenue par diverses autorités. Une révolution dans un pays ayant décidé au même moment de ne pas aborder la question de la dépénalisation des drogues dites douces, et il insiste sur le terme drogue « dite douce », appellation banalisante et réductrice.

Pour la première fois, les usagers n'étaient plus directement stigmatisés. Pour la première fois aussi en ce domaine, des « transgresseurs » s'impliquaient et étaient impliqués en une « collaboration » qui lui paraît, avec dix années de recul, avoir été non seulement d'utilité publique, mais aussi annonciatrice d'une ère nouvelle.

Dialogue, proximité et partenariat ont été les clés nous autorisant l'exploration de ce qu'il nomme « les zones grises », ces domaines où différentes pratiques et réalités rencontrent les limites de la loi pénale et de nos volontés.

A la naissance de l'asbl « Citoyens comme les autres », l'apparition du VIH et des préoccupations naissantes vis-àvis des hépatites B et C ont peut-être empêché l'éclosion d'une nouvelle pensée au sein du secteur « toxicomanies ».

Le centre des préoccupations du secteur commençait à s'éloigner des substances et de leur caractère légal pour se rapprocher des êtres humains, se rapprocher de l'ensemble des citoyens, malgré une « hyper-médicalisation » et « psychologisation » du discours.

Un monde sans drogues, et même un monde sans risque lié à l'usage de drogues n'ont jamais existé mais ce monde est avant tout celui d'êtres humains dépendants et interdépendants. Le centre de nos questionnements devait donc s'ouvrir sur les liens, dépendances et interdépendances, ainsi que sur leurs forces et la manière dont elles sont équilibrées.

Voici dix ans, à l'heure de l'application du présent décret, c'était là un véritable défi, un défi d'autant plus important qu'il obligeait et oblige toujours le secteur à penser de manière transversale. Les responsabilités individuelles et/ou collectives imposent d'affirmer les statuts et nos rôles de l'association.

Les usagers de drogues licites et/ou illicites ne sont pas des délinquants, ni des malades mais des citoyens comme les autres usant de produits interdits ou non dans une démarche ne pouvant être décrite que de personne à personne. Il rappelle que l'usage de drogue(s) est un phénomène de société.

Les perceptions, réflexions et actions de l'association offrent différentes perspectives et cadres. L'intérêt de cette évaluation du décret est de définir comment le CUDLI peut gérer les missions s'articulant autour de la santé publique et/ou simplement de la citoyenneté et les joindre sans perdre tout l'intérêt du rapport direct entre personnes, sans s'institutionnaliser les uns les autres au risque d'en revenir à une vision unique, monolithique et forcément coercitive.

C'est aussi le but premier du Conseil des usagers de drogues licites et illicites, association dont M. Hofman n'est que l'un des membres fondateurs et l'actuel président. Le Conseil des usagers, le CUDLI, est une asbl regroupant des citoyens soucieux d'œuvrer à une gestion politique et civile juste et efficace en cette matière, notamment en offrant à terme une expertise non professionnelle exercée par des usagers et ex-usagers de drogues licites et illicites.

L'objectif est de mener des actions permettant un meilleur dialogue entre citoyens, entre citoyens et associations, mais aussi entre citoyens, associations et différents niveaux de pouvoir. Le CUDLI souhaite être reconnu en tant qu'expert et participer au débat démocratique en ce domaine.

Il n'élude pas les questions ayant traits aux politiques de santé publique et de promotion de la santé au profit d'une citoyenneté entièrement et faussement libre basée sur l'individualisme et l'indépendance mais au contraire souhaite en affirmer les bases, ce point sera exposé plus tard.

Le début de ce discours évoquait la difficulté de représenter la diversité des usagers de drogues licites et illicites et il faut ajouter à cette diversité première la multiplicité des demandes se déclinant non seulement en soins et accompagnements mais aussi et surtout selon les perspectives et cadres de vie des usagers, ex- et usagers potentiels.

Afin d'éclairer ses réflexions, de nombreux tableaux concernant des données socio-économiques ont été présentés au CUDLI, notamment l'impact de la paupérisation. Il pense devoir les compléter en rappelant que d'autres perspectives entrent en compte alors que les missions organisées par le décret sont abordées.

Il faut parler de drogues et de loisirs, de sport, de médias, de parentalité, d'économie, etc., et considérer ces perspectives comme autant de portes d'entrée permettant de consolider les politiques de santé publique et de promotion de la santé afin d'en faire définitivement des cultures d'êtres humains, de citoyens et non une culture des substances et attitudes strictes à adopter en leur présence.

Le décret est abordé sous l'angle des liens, dépendances et interdépendances mais aussi de leurs forces et équilibres.

Avant d'aborder les missions, il souligne que les services mènent des actions spécifiques de manière privilégiée et permanente. Rien ne leur interdit donc de répondre à des demandes ponctuelles.

Tout désengagement face à des demandes ponctuelles peut entraîner et entraîne l'apparition de personnes ou associations non formées dans les domaines qui concernés. Se désinvestir de ces missions ponctuelles revient notamment à ouvrir les portes de la prévention et des écoles aux services de police et, paradoxe, aux intervenants de s'élever contre leur présence dans ce secteur particulièrement.

Afin d'être agrémenté dans le cadre de ce décret, un service doit remplir des missions d'accueil, d'information et aumoins une des missions générales suivantes : l'accompagnement, les soins, la prévention.

Les missions d'accueil et d'information ne sont pas définies. C'est donc clairement aux services d'en faire la définition et d'y inscrire déjà leurs particularités.

Si les missions générales sont définies, il ne lui semble pas que ces définitions soient particulièrement contraignantes à la lecture du décret. Au contraire, elles laissent la place à de larges possibilités d'ouverture, surtout la mission d'accompagnement qui correspond « à la demande et aux besoins des consultants ». Quant à la mission de soins, le traitement assure le mieux-être dans le « milieu habituel de vie et sans impliquer nécessairement le sevrage ».

Les arrêtés d'applications semblent pourtant réserver ces missions aux services de soins pouvant être financés par le fédéral et l'INAMI.

Ce cadre très large en première lecture puis très contraignant possède de toutes façons une limite très précise, celle fixée par quelques acteurs socio-médicaux agréés depuis dix ans. La mission de prévention est définie de la même manière que les deux premières et demande un intérêt particulier.

A la lecture du décret, il peut être déduit que la réduction des risques liés à l'usage de drogue(s) (RDR) n'est qu'un sous-ensemble appartenant tant à la mission de prévention qu'à la mission de soins. Les réalités de terrains tendent à démontrer le contraire. La RDR n'est pas une sous-pratique mais un domaine particulier méritant toute l'attention.

La réduction des risques doit être vue comme une charnière non seulement entre les missions de prévention et les missions de soins et d'accompagnement mais aussi entre toutes les missions. Elle est un formidable outil de sensibilisation, d'information et d'éducation réciproque permettant des politiques de préventions larges et ciblées, ces dernières correspondant aux besoins directs des usagers. Elle est également un outil offrant à l'entièreté des acteurs du secteur, usagers compris, plus d'échange de savoirs et de connaissances, plus de visibilité, plus de lisibilité et plus de reconnaissance.

Favorisant l'accessibilité des usagers à la prévention, aux soins et à l'accompagnement, la RDR génère de nombreuses rencontres entre usagers et intervenants, en dehors des institutions, en dehors de toute demande axée directement sur les soins, demande influençant les rôles de chacun.

Plutôt que la « Guerre à la drogue (et aux « drogués ») » c'est une politique partenariale impliquant une collaboration étroite et efficace, notamment grâce à l'apparition des usagers jobistes.

Il souligne l'intérêt et la qualité de leur travail qui permet de rencontrer de nouvelles attitudes et contextes de consommation. Cette collaboration doit être encouragée car participant pleinement aux politiques de santé publique et de promotion de la santé, et rappelle que les groupes de « pairs » peuvent également fixer certaines limites et réduire ainsi les risques liés à l'usage de drogues.

La RDR peut être définie comme un secteur ayant développé et développant les outils nécessaires à l'auto-émancipation des usagers de drogues (il)licites et donc à leurs prises de responsabilités en amont et en aval de l'usage. Les personnes visant l'abstinence ne sont pas exclues de cet ensemble de pratiques pas plus que ne le sont les non-usagers qui, pour la première fois en ce domaine, peuvent assister en direct aux pratiques d'une politique de santé respectueuse de nos droits fondamentaux. A toutes et tous, la RDR propose de viser l'épanouissement personnel sans préjuger d'avance de celui-ci.

Pour faire simple, la réduction des risques est une politique efficace et réaliste. Elle se pratique dans de nombreux domaines de la vie de notre société, la conduite automobile en est un exemple seulement. Non stigmatisante, la réduction des risques offre également l'avantage de prendre en compte le verbal, le para-verbal et le non verbal.

La RDR n'est pas un devoir mais la pierre d'angle qui soutiendra demain une politique globale de gestion de l'usage de drogues, une pierre angulaire qui ne sera pas obsolète face aux avancées pénales, mais au contraire s'affirmera encore.

Car il ne s'agit pas de la RDR « de l'usage de drogues », mais bien de la RDR « liée à l'usage de drogues », formule incluant les nombreux risques induits tant par la législation pénale que par le manque de volonté ou la peur qui trop souvent immobilise.

Pratiquer la RDR liée à l'usage de drogues demande également d'accepter l'apparition de nouveaux acteurs, les usagers-jobistes et travailleurs de rue par exemple. C'est de cette manière que la RDR continuera à être une pratique évolutive et créatrice mettant en évidence les phénomènes émergeants et continuera à s'adresser également aux usagers dits récréatifs et/ou non demandeurs de soins bien avant que ne se déclarent de véritables dommages.

C'est pour ces raisons notamment que la RDR, une politique maintenant européenne, mérite d'être reconnue comme une mission à part entière, et non comme une « sous-mission » apparaissant au sein de missions réservées aux services de soins et d'accompagnements.

Il en vient aux missions particulières qui ne devront pas nécessairement être rencontrées par les services actifs afin d'être agrémentés. La section II du décret semble plus restrictive et paraît handicaper plus encore la reconnaissance d'initiatives nouvelles, initiatives ne rencontrant pas strictement les missions de soins et/ou d'accompagnement.

La mission de réinsertion ne semble s'adresser qu'aux personnes les plus touchées socialement et, paradoxe, omet celles qui ne veulent ou ne peuvent pas forcément être « réinsérées » mais ont toutefois besoin d'être reconnues comme des citoyens à part entière capables de choix de vie et de responsabilités.

Etre usager de drogues, vivre dans la rue, y élever ses enfants peuvent être des choix, certes difficilement acceptables et compréhensibles mais des choix que pourrait renforcer notre manque de respect à leur encontre.

La loi et le respect de la loi ne sont, ici aussi et souvent qu'une manière d'éluder nos responsabilités et de masquer certaines de nos valeurs morales.

Cette mission de réinsertion pourrait se confondre avec la mission d'accompagnement. Sans doute faudrait-il les unir au profit de plus larges possibilités d'accompagnement à l'écoute des besoins des consultants.

Plus encore que pour les autres missions, nous nous interrogerons sur cette mission de liaison et la manière de la mettre en œuvre. Que sont les besoins des consultants, comment les rencontrer de manière adéquate ?

Les besoins des consultants sont aussi ceux d'usagers de drogues qui ne se considèrent pas forcément comme des toxicomanes et/ou des personnes relevant d'une maladie, des citoyens manifestant peut-être des besoins que ne pourront rencontrer les intervenants de la santé.

Voici dix ans, des usagers de drogues développaient le premier comptoir d'échange de seringues sous le couvert de l'asbl « Citoyens comme les autres » sans jamais recevoir d'agrément définitif permettant de pérenniser cette activité.

Depuis de nombreuses années, les usagers de drogues de synthèse demandent l'organisation de l'analyse de ces soi-disant « nouvelles » drogues et là aussi les autorités politiques réagissent à nouveau positivement. Qu'elles en soient remerciées alors qu'une frilosité certaine freine le secteur. « On ne va pas mettre tout le secteur en danger pour le testing! » est une phrase récurrente avant la mise en place de l'analyse de « nouvelles » drogues de synthèses.

Dès lors ce travail de liaison, doit-il correspondre à la vision de certaines personnes, la vision de personnalités amies courant toujours le risque de se comprendre à demimots et entre elles seulement, ou doit-il correspondre à une vision institutionnalisée au risque d'institutionnaliser les intervenants eux-mêmes?

Il ne peut ici que réduire les risques potentiels et non décréter une fois pour toutes que ces deux axes ne peuvent être joints. Il estime que ce ne sont pas tant les décrets ou les lois qui figent les attitudes que leur volonté ou non de travailler en s'exposant et en exposant leurs pratiques au regard de l'autre.

Ce travail de liaison n'est donc pas qu'une collaboration, mais aussi une ouverture, une recherche de moyens nouveaux, y compris financiers, leur permettant d'évoluer non pas seulement par rapport à l'évolution de l'usage de drogues illicites dans notre région mais bien par rapport à l'évolution de ses usages dans la société.

Ces remarques sont importantes également pour la mission de formation qui, alliée à celle de liaison, pose à nouveau la question de l'apparition et de l'encadrement d'initiatives nouvelles.

La mission de formation demande, à notre sens, de pouvoir bénéficier à long terme d'une expertise reconnue. Comment assurer cette mission de sensibilisation, de formation, de formation continuée ou de supervision d'intervenants divers sans être soi-même et préalablement reconnu et agrémenté ? Quelle est la place pour une expertise non professionnelle et exercée par des usagers de drogues par exemple ?

Ce constat semble être valable tant pour une association comme le CUDLI que pour d'autres intervenants ou associations ayant depuis fort longtemps fait plus qu'un devoir de leurs pratiques.

Elle nous amène à un domaine évoqué sans cesse depuis le début de cette audition, un domaine auquel nombreux sont ceux qui lui consacrent beaucoup de temps, les représentations sociales.

Il pense que nous pouvons toutes et tous en être les cibles et les constructeurs, et ceci n'épargne ni les usagers ni les différents acteurs de ce dossier. Ces représentations sociales, floues, abusives, mythiques, nécessitent plus que tout autre domaine sans doute l'emploi du fameux filtre RDR.

Il rappelle, alors que chacun participe à la constitution et à la répartition de connaissances et de savoirs, qu'il n'est pas interdit d'avoir des opinions tranchées et différentes, mais bien interdit de condamner sans chercher à comprendre, sans chercher à se comprendre.

Il s'interroge également sur la présence d'un article précisant que « le service remplit ses missions sans aucune discrimination, notamment sans distinction ethnique ou de nationalité, d'âge, de sexe ou de type de problème ». Il considère que tout service actif en ce domaine doit correspondre au projet démocratique et ne pratiquer aucune discrimination.

Cet article stipule également que « le libre choix du service par le consultant est garanti », mention importante et impliquant à nouveau la nécessité d'offrir une large visibilité au secteur, large visibilité qui n'est que le préalable nécessaire au(x) choix du consultant.

La section III du décret organisant la coordination entre acteurs du réseau sanitaire et social rassure quant à la nécessité d'une ouverture toujours plus large vers d'autres initiatives, d'autres idées, d'autres secteurs de la société civile. Cette ouverture n'est actuellement pas garantie.

Le CUDLI se heurte à nouveau à la limite des rapports entre personnes, usagers compris, rapports entre associations, rapports avec les différents niveaux de pouvoir, rapports qui déterminent la manière dont s'établiront la concertation et la promotion des actions, de la formation et de l'information.

Il salue évidemment la tenue des « Rencontres cannabis » organisées par la FEDITO qui animent et réaniment un débat oublié quoique très médiatique.

Il est néanmoins amusant de constater pour les « transgresseurs » que nombre d'idées contestées parfois durement seront reprises bien plus tard par nos premiers partenaires, des partenaires de choix.

Parmi ses idées, entre autres la distribution d'eau dans les festivals, pendant que d'autres intervenants, bien plus nombreux n'y voyaient que du maternage sans même s'arrêter sur l'intérêt des liens nouveaux que cette action impliquait déjà.

Plus récemment, face au doute, il a à nouveau pu entendre un message classique : « Si nous, intervenants de la santé, ne pouvons analyser les nouvelles drogues de synthèse, pourquoi les usagers ne le feraient-ils pas ? ».

Ceci éclaire sur la nécessité d'œuvrer à une meilleure concertation, à de meilleures formations, à une meilleure information. Ces quelques faits, vécus, nous éclairent également sur la nature des réticences.

Réticence morale et rappel de la législation alors qu'il s'agissait d'échange de seringues voici dix ans, réticence simpliste et idéologique sans doute alors qu'il s'agit de distribuer de l'eau. Réticence intellectuelle quand on oublie que l'organisation de l'analyse de soi-disant « nouvelles » drogues de synthèse n'est pas qu'une affaire de subsides et d'encadrement légal, mais surtout une expérience de santé publique demandant une approche que les usagers seuls ne pourraient mettre en œuvre.

Il faut aujourd'hui ouvrir les yeux sur ces réticences alors que demain le CUDLI mettra en œuvre d'autres actions de RDR en étant, par exemple et pour reprendre le discours de la FEDITO, « les princes charmants du projet de distribution contrôlée d'héroïne ».

Bien sûr, le manque de moyens financiers peut expliquer certaines choses, dont la résistance aux nouvelles initiatives qui, si elles demandent de se remettre en question, demandent également une part de ce temps si précieux afin de s'y intéresser. Mais, expliquant la créativité pour ceux qui l'ignorent, le « manque », entre autre financier et/ou législatif, n'explique pas ces véritables luttes fratricides entre associations d'un même secteur.

Bien sûr, la législation pénale peut être coercitive pour les intervenants de la santé également. Cela explique-t-il que certains jugent bon d'attendre des modifications législatives même pour donner des conseils de « bon usage » concernant le cannabis? Cela se fait déjà et pour toutes les drogues, c'est de la réduction des risques liée à l'usage de drogues!

Non, on ne peut pas tout expliquer par le manque de moyens ou l'aspect restrictif de la loi pénale, pas plus qu'on ne peut l'expliquer en recourant à la « déontologie » déclinée toujours sur le même mode : « Intervenants de la santé, nous ne sommes pas des militants ! » avec le refus ou la peur de s'engager au sein de projets nécessitant de nouveaux cadres légaux.

Le CUDLI n'a pas besoin de convictions et de certitudes, elles appartiennent souvent à ceux qui ne s'engagent pas et invitent à emprunter des voies uniques et impraticables. Car c'est bien d'un engagement constant que le Conseil a besoin, un engagement commun et mutuel, celui de s'interroger sur ses liens, dépendances et interdépendances, sur ses forces et la manière dont il les équilibre.

La commission de la Santé devra traduire cet engagement notamment en réclamant la mise en activité de la cellule politique drogue. Il est intolérable que des associations reconnues et subsidiées par les Régions et Communautés ne puissent œuvrer sans craintes issues de l'incohérence de certains textes légaux par rapport à leurs pratiques, avec pour conséquences l'incompréhension et la crainte de certains parquets ou d'organisateurs d'événements festifs veillant surtout à leurs recettes, et à leur médiatisation.

Il pense que la Région devra également plaider auprès de l'Etat fédéral pour l'accroissement des budgets dédiés au secteur toxicomanie et établir certaines priorités dont la réduction des risques liés à l'usage de drogue(s), la prévention et le soutien d'initiatives nouvelles, car c'est bien au niveau régional que se définit l'action politique novatrice en matière d'usages de stupéfiants, et non au niveau fédéral.

C'est bel et bien au niveau des Régions et Communautés que sont mises en œuvre des politiques cohérentes notamment en terme d'éducation, de qualité des soins, d'ouverture à la société civile et à l'ensemble de la population.

Les parents et associations de parents, émanant d'écoles ou des « besoins » d'un quartier par exemple, ne peuvent plus être les parents pauvres de la prévention, ni être laissés aux bons soins des services de police.

Ces mêmes services de police ne gagneraient-ils pas à être consciencieusement formés par des professionnels issus du secteur ? Voilà peut-être une piste afin de dégager de nouvelles ressources financières et de nouvelles concertations, avec les communes notamment.

M. Hofman souligne que la commission a entendu deux représentants des médecins généralistes, alors que les pharmaciens ne l'ont pas été. Il le déplore et pense que ce sont des acteurs essentiels.

Il pense qu'il est urgent de renommer le présent décret. Plusieurs formules ont été proposées voici quinze jours par la FEDITO et il profite de ce que cette reformulation demandera une bonne discussion pour réaffirmer la volonté du CUDLI d'être reconnu en tant qu'expert en ce domaine.

Si l'apparition et la reconnaissance de nouveaux acteurs, provenant notamment du paramédical, sont indispensables, il insiste sur la nécessité de reconnaître les usagers-jobistes afin qu'ils s'engagent demain sans risque.

Dans un dispositif prétendant mettre les usagers de drogues en son centre, la reconnaissance décrétale, donc par voie d'agrément, d'associations d'usagers pluralistes qui les représentent lui paraît tout à fait indispensable. Il précise qu'une demande sera introduite à ce sujet.

Il clôture son discours par cette demande et remercie les membres de la commission pour leur attention.

22. Discussion générale

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) demande si l'association a déjà noué des contacts avec certains services de police.

M. Hofman précise que le CUDLI est une association qui n'existe que depuis quelques mois.

Des contacts ont déjà été pris avec des services de police actifs en matière de prévention des toxicomanies mais ils n'ont pas donné de suite pour l'instant.

Il souhaite que la collaboration entre le CUDLI et les services de la police belge s'inspire du modèle des Pays-Bas où la police se rend régulièrement dans les « coffee-shops » pour s'informer de la situation quotidienne des consommateurs, de l'approvisionnement, de la sécurité routière, etc.

Le CUDLI demande que les campagnes de prévention dans les écoles soient initiées par les services actifs en toxicomanies et non par les services de police.

Mme Fatiha Saïdi (PS) s'interroge sur le fonctionnement du CUDLI et si la mission de réinsertion, telle que prévue par le décret de 1995, fait partie de leur programme.

Elle souhaite connaître les difficultés que rencontrent les associations du secteur pour se coordonner. Quelle est la fonction d'un usager jobiste ?

M. Hofman précise que les usagers jobistes sont des acteurs incontournables de la pratique de la réduction des risques. Il s'agit de bénévoles qui vont à la rencontre des jeunes dans les festivals de musique pour les informer et les prévenir de l'usage des drogues. Ce projet est développé par Modus Vivendi.

Il souligne que ces travailleurs n'ont pas de statut légal et qu'il conviendrait de leur reconnaître une place dans le décret toxicomanies de 1995, au même titre que d'autres intervenants du secteur.

Le CUDLI est composée de sept administrateurs et de deux fondateurs.

Les six premiers mois d'existence de l'association ont été consacrés à son positionnement au sein du secteur associatif dans la société.

Actuellement, le CUDLI ne dispose pas de permanence faute de moyens budgétaires suffisants.

L'association ne reçoit aucune aide publique et ne fonctionne que via les dons de ses administrateurs.

Dans le cadre de la mission de réinsertion, le CUDLI est prêt à participer à des débats, colloques organisés par les services actifs en toxicomanies et souhaite développer des outils pour permettre aux usagers de drogues de se responsabiliser et de développer un projet de vie.

Concernant la difficulté du secteur de se coordonner, M. Hofman constate une certaine animosité entre les associations du secteur et déplore que certains intellectualisent la théorie de la réduction des risques par un panel de vocabulaire (réduction des risques liée à l'usage, etc.) qui a, selon lui, la même vocation.

Il pense que certaines associations dites « initiatives » qui fonctionnent depuis 1992 avec des budgets annuels, devraient voir leur action pérennisée dans le temps afin de s'inscrire dans la coordination des associations du secteur.

M. Didier Devleeschouwer déplore le peu d'esprit créatif des associations dans la coordination du secteur toxicomanies.

M. Hofman précise à Mme De Galan, présidente, que le CUDLI se positionne dans le prolongement de la loi sur les droits du patient et souhaite être reconnu en tant qu'expert des usagers de drogues en dehors de la parole des médecins et des psychologues en Région de Bruxelles-Capitale.

Il répond à Mme Delforge (Ecolo) que le CUDLI a besoin de moyens financiers pour s'organiser et qu'à ce titre, une reconnaissance en tant qu'expert ou en tant qu'association agréée par le décret est souhaitable pour l'association et pour les usagers jobistes.

M. Hofman précise que l'extasie est une drogue de synthèse qui existe depuis plus de vingt ans et que les nouvelles drogues sur le marché ne sont pas spécialement des drogues de synthèse.

Le mot « synthèse » signifie qu'il participe à la multiplication des produits.

M. Devleeschouwer rappelle les données du recueil ADDIBRU qui souligne qu'aucun dispositif de soins n'est mis en place par le gouvernement pour les drogues émergentes telles que l'extasie et la cocaïne qui sont les drogues les plus courantes, en Région de Bruxelles-Capitale.

Il pense que le « testing » est une pratique de réduction des risques qui peut se révéler être un moyen de rencontrer une population d'usagers non demandeurs de soins.

Il répond à Mme Braeckman (Ecolo) que le CUDLI encourage la pratique du « testing » des nouvelles drogues au même titre que d'autres actions qui ont été menées par le passé pour d'autres causes.

Il cite les actions de distribution de seringues dans les grandes villes suite à l'émergence du sida et la prescription de méthadone pour le sevrage des toxicomanes.

Il déplore que le « testing » n'est plus pratiqué depuis quelques mois en France, depuis l'arrivée de M. Sarkozy au poste de ministre de l'Intérieur.

Mme Dominique Maun, représentante du cabinet de M. Cerexhe, président du gouvernement en charge de la Santé, précise qu'il existe un projet-pilote sur le « testing » expérimenté par Modus Fiesta qui ne fait actuellement l'objet d'aucune communication publique. Le secteur reste prudent dans la mesure où cette pratique est réprimée par certains parquets judiciaires en Belgique.

Elle rappelle que le ministre de la Santé dispose d'un budget qui ne lui permet pas de financer toutes les associations d'usagers à Bruxelles et que les choix opérés seront déterminés par les priorités du gouvernement.

Le CUDLI souligne que d'autres associations d'usagers sont déjà financées par l'Etat fédéral et la Région de Bruxelles-Capitale.

23. Exposé de Mme Anne-Françoise Raedemaker, coordinatrice de l'Association « Dune »

La commission a ensuite auditionné, lors de sa réunion du 6 juillet 2005, Mme Anne-Françoise Raedemaker.

Au nom de toute l'équipe de Dune – Dépannages d'Urgence de Nuit et Echanges –, Mme Raedemaker remercie la Commission de l'avoir invitée à s'exprimer sur la difficile question des pratiques à venir en matière de gestion d'usages de drogues.

Elle se réjouit de l'initiative du ministre d'évaluer l'adéquation ou la nécessaire évolution du décret au regard des temps à venir, de la volonté d'anticiper sur les consommations et éventuels problèmes qui peuvent y être associés, de songer aux nécessaires rénovations en cours.

Elle remercie d'emblée le Dr. Serge Zombek, président de la FEDITO, d'avoir tant insisté sur l'importance du travail de rue et des comptoirs d'échange de seringues qui sont les activités principales de Dune, d'avoir également souligné combien de paroles fertiles d'échanges (le « E » de Dune) adviennent d'une seringue stérile et même usagée.

Le réseau existe et offre une diversité de services dont la complémentarité n'est pas à suspecter. Il ne s'agit pas de jouer cavalier seul mais d'acter la situation particulière de l'association, un des rares services qui n'est pas agréé. Après une année d'agrément provisoire, il a été décidé que l'action de Dune qui consiste en travail de rue, un dispositif d'échange de seringues anonyme et gratuit et un étroit travail de réseau, ne pouvait rentrer dans un agrément sans une contorsion telle que le projet s'en trouverait modifié et ne répondrait plus à ses objectifs.

Elle part de ce point de départ qui s'avère encore et toujours d'actualité, d'autant que ceci a des conséquences directes sur l'emploi : exclusion d'office des accords du nonmarchand et des tables rondes intersectorielles appelées d'autorité par Mr Schoemann, président d'une fédération patronale dont Dune n'est pas membre, n'étant pas agréée. A Dune en l'occurrence, ceci représente 6 temps plein ACS.

DUNE est un service qui échange avec des usagers qui ne veulent pas ou n'arrivent pas à tirer des bénéfices d'un traitement thérapeutique. Dune rencontre donc des usagers « en liberté », comble du paradoxe pour des personnes dites dépendantes. Mme Raedemaker vient à poser les question suivantes : quelle place pour des usagers qui refusent la médicalisation? Quelle place aussi pour ceux et celles qui ne peuvent pas se payer des traitements : sans-papiers, clandestins, demandeurs d'asile, sans abris etc? Comment Dune s'intègre-t-il dans le réseau? De façon plus large, quelle est la place originale d'une politique régionale en complémentarité avec le Fédéral (INAMI) et les Communautés (la promotion de la santé)?

Elle note que la réduction des risques, appelée des vœux de Dune, mais aussi par Modus Vivendi, et le CUDLI, représente le quatrième pilier dans la charte européenne des Villes et des Communes. Pour rappel, le réseau européen des Villes et des Communes qui a constitué cette charte a été lancé à partir de la ville de Francfort. Ce réseau est soutenu par la Commission européenne. Il est un réseau non contraignant qui affirme la nécessité de 4 piliers en matière de drogues : thérapeutique, préventif, réduction des risques pour les usagers en crise sociale et sanitaire aiguë et répressif. En sont notamment signataires, en Belgique, la ville de Charleroi et la commune de Saint-Gilles.

L'association Dune est la dernière née – 6 ans – en tant que service d'aide aux usagers de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. Une belle aventure qui n'est pas arrivée dans le secteur comme un météore mais représente l'aboutissement de réflexions partagées, et est le fruit d'une histoire :

celles d'intervenants recherchant à s'adapter et à innover de nouvelles pratiques. Or, en 1999, aucun accès aux soins minimaux pour les usagers de drogues – sinon les urgences et le CCLA: tous les services fermaient à 19 heures. C'est pour répondre à ce vide institutionnel que l'association a été créée, en parfaite continuité et cohérence avec le champ ouvert par le décret, soit les services à bas seuil.

Elle présente une description du travail de Dune en s'appuyant sur les analyses qualitatives et quantitatives produites par l'association et ses partenaires, soit la commune de St-Gilles, Modus Vivendi et Transit.

Enfin, elle terminera par un commentaire sur les missions du décret et les éventuelles évolutions qui pourraient découler du travail de cette commission.

I. DUNE

Très concrètement, le travail de Dune se concentre sur trois axes, le comptoir d'échange de seringues (CLIP service ambulatoire), le travail de rue ou service déambulatoire et le travail de réseau centré sur l'intersectorialité : partenariat, concertation, formation, sensibilisation.

Du lundi au samedi de 19 h à 23 h, un comptoir d'échange de seringues nommé le CLIP, ce qui signifie « Comptoir Local d'Information et de Prévention », est ouvert à toute personne qui se pose des questions sur les drogues.

Les usagers qui s'y rendent représentent une population mélangée qui subit, certes, l'exclusion sociale mais vient de toute la couronne sud de Bruxelles (Uccle, Boisfort, Auderghem et même Woluwe-Saint-Lambert) et non limitée aux communes de St-Gilles et Forest.

Ces personnes se rendent volontairement chez Dune pour prendre soin d'elles, chercher des conseils, régler des problèmes urgents quand il y en a. Elles sont généralement en contact avec des services et font du réseau.

Il existe deux comptoirs à Bruxelles : celui animé par Transit - LAIRR et celui animé par Dune, le CLIP.

Dans le même temps, deux membres de l'équipe Dune se rendent en rue (axe nord- midi, gare centrale, haut de la ville, Matongue, Ribaucourt) et vont à la rencontre des habitants de la rue, s'invitent dans leur lieu de vie pour faire offre. Offre de parole, d'aide, de conseil, de dépannage et surtout d'écoute. Le but est de faire du lien, de rester en contact et d'amener un jour ces personnes vers des services. Ces personnes ont moins accès au réseau. Le travail revêt une fonction d'ouvre-porte mais les travailleurs se déplacent aussi pour voir, apprendre et comprendre comme des explorateurs de contrées et de tribus urbaines peu visitées.

Ils peuvent y découvrir par exemple, la résurgence de certaines consommations, comme c'est le cas actuellement avec la consommation de solvants. Les solvants sont moins chers et plus accessibles que le cannabis car ils sont en vente et en consommation libres, même s'il sont extrêmement neurotoxiques. Et de découvrir en creux, le réseau et ses impossibles méandres pour bon nombre de ces dormeurs sous les étoiles.

Ils découvrent la complexité de l'exclusion, le sentiment de honte qui rend la demande difficile, le sens de l'honneur et de la débrouille des habitants de la rue, la méfiance, la révolte, la défiance.

Il va de soi qu'en rue les contacts ne vont pas exclusivement vers les usagers de drogues même si, in fine, la majorité des habitants de la rue sont consommateurs de psychotropes.

En journée, le travail de réseau se construit patiemment par la rencontre avec d'autres équipes, d'autres services, pour de nouveaux échanges.

Disponible en soirée, se calquant sur l'horaire et le rythme de vie des usagers, un service comme Dune part du principe que l'accès à la santé, aux soins est distinct d'un éventuel traitement ou prise en charge. Il part d'un constat simple mais parfois difficile à accepter. Des usagers de drogues ne veulent ou ne peuvent pas arrêter leur consommation. Et pourtant les sociétés démocratiques se doivent de leur donner accès à la santé et à l'aide sociale, comme elles le font d'ailleurs pour des personnes tabagiques qui ne sont pas sanctionnées quand elles continuent à consommer malgré les conséquences néfastes que cela peut avoir sur leur santé. Il ne viendrait pas à l'esprit de leur ôter le droit aux soins.

Outre la réduction des risques, l'éthique d'intervention de Dune est celle de la promotion de la santé, telle que définie par la charte d'Ottawa.

Dune a commencé ses activités en 2000 via le travail de rue. Le comptoir d'échange de seringues, via CLIP situé à St-Gilles, a démarré en 2002.

Dune est le promoteur et le prestataire principal du CLIP. En trois ans, le CLIP représente 75 % de l'échange de seringues à Bruxelles et a un taux de récupération exceptionnellement haut soit 144 % pour 2004, ce qui signifie que plus de seringues usagées que stériles sont récupérées.

Ceci ne peut se comprendre que par le travail de rue, travail socio-sanitaire qui est un préalable et un complément indispensable par la mise en confiance, l'information et enfin la collaboration avec les usagers.

1. Le CLIP

Tableau 1 : le matériel distribué

En 2002, avec l'ouverture du CLIP, on voit l'offre démarrer, pour atteindre 56 000 seringues distribuées en 2004 dont les trois quarts par DUNE et le CLIP (données fusionnées en 2004 pour ces deux dispositifs).

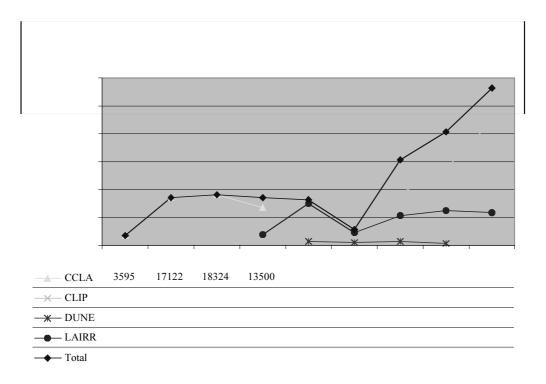


Tableau 2 : la progression des activités du comptoir sur 3 ans :

- l'échange de seringues progresse
- la file active se stabilise
- la récupération est en augmentation
- hypothèses:
 - augmentation de « safe use »,
 - distribution vers des usagers qui ne sont pas en contact avec le CLIP,
 - le changement des produits injectés notamment la cocaïne.

	2002	2003	2004	
Contacts	977	1216	1117	
File active	222	210	180	
Nouveaux	222	157	139	
Seringues rapportées	13.417	32.731	63.368	
Seringues distribuées	18.725	28.705	44.752	
Taux de récupération	72 %	114 %	141 %	

Tableau 2 – CLIP – Comparatif synthétique 2002-2003-2004

Analyse qualitative:

Les données qui vont suivre sont les résultats d'une enquête menée en 2004 auprès de 32 usagers. L'enquête a été faite par Dune. Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés par le Dr Fabienne Hariga (Modus Vivendi).

Les premières expériences avec les produits.

Il est à remarquer que le début de l'âge d'injection peut être précoce (de 16 à 37, soit une moyenne de 22 ans), ce qui conduit à se questionner sur des actions ciblant le public jeune.

L'âge de début de consommation d'un produit varie de 10 ans à 30 ans, avec un âge moyen respectivement de 17 ans pour les amphétamines, 18 pour l'héroïne et 19 ans pour la cocaïne.

Tableau 3 : les produits consommés au cours des six derniers mois

ConsommationsN=32	%	Prescrit	Injection parmi usagers du produit		Total i.v.dans pop totale des répondants
			Quotidien	Parfois	
Héroïne	78 %		52 %	40 %	72 %
Cocaïne	88 %		53 %	42 %	84 %
Amphétamines	8 %		70 %	30 %	31 %
Méthadone	75 %	50 %	30 %	20 %	31 %
Morphiniques	31 %	22 %	25 %	38 %	16 %
Benzodiazépines	59 %	50 %	22 %	33 %	16 %
Temgesic /subutex	19 %	17 %	0 %	0 %	0 %
Barbituriques	3 %	3 %	0 %	0 %	0 %

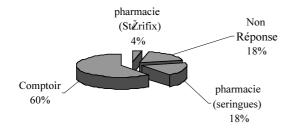
- plus d'usagers de drogues consomment de la cocaïne
- plus d'usagers de drogues injectent de la cocaïne.

Près des deux tiers (63 %) des personnes injectent quotidiennement. Le nombre d'injection par jour, varie de 1 à 10 avec une moyenne de 4 injections par jour.

Dans les chiffres d'ADDIBRU de 2002, (centres de traitements) le pourcentage chute à 15 % d'injecteurs. La fréquentation de centres thérapeutiques influencerait donc le mode de consommation mais on peut se demander si un usager en traitement peut raisonnablement faire des confidences de ce type à son thérapeute prescripteur, sous peine d'être non compliant au traitement.

Tableau 4 : le matériel, en provenance majoritaire des seringues utilisées au cours du dernier mois

Provenance des seringues (N=28)



Le comptoir pourvoit 60 % du matériel utilisé.

Les autres dispositifs sont payants.

Pour les seringues non rendues, on peut supposer qu'il s'agit de seringues que les usagers se donnent entre eux, ce qui ne signifie pas qu'elles soient usagées.

Tableau 5 : la dernière injection, le sort réservé aux seringues usagées :

- De façon générale, on peut souligner la bonne participation des usagers de drogues aux dispositifs lorsque ceuxci sont mis à leur disposition.
- « Mis dans récupérateur » implique également un retour au comptoir mais dans un temps ultérieur, contrairement à « jetée avec précaution ».
- Se pose la question de la précaution puisqu'il s'agit généralement de la mettre dans une cannette qui, elle fera partie des déchets triés à la main par le personnel de Bruxelles-Propreté.



Modifications de comportements et fréquentation du service

Trois-quarts des personnes qui fréquentent le CLIP, depuis plusieurs mois, estiment que ces contacts ont modifiés leurs comportements. Les changements mentionnés par toutes ces personnes sont :

- l'utilisation plus systématique de seringues neuves et
- une diminution des risques pris. Enfin certains notent également
- une plus grande attention portée à leur santé.

Cependant, 57 % rapportent être « tombés à court » de seringues stériles.

Les raisons le plus souvent invoquées sont :

- la fermeture du CLIP principalement un dimanche ou en journée,
- la consommation abondante et
- la « paresse ».

Aspects sociaux:

Clip 2004: Lieu de vie

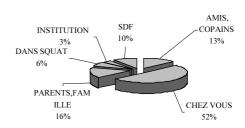


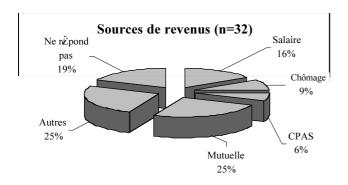
Tableau 6 : Lieux de vie

48 % ont un domicile personnel pour 52 % dont le domicile est instable.

Il est important de souligner toute la nuance apportée par les usagers aux différences : être squatteur, ce n'est pas être SDF et loger chez des amis, ce n'est pas squatter.

Tableau 7: Revenus

Soulignons que 16 % ont un salaire et qu'il y a beaucoup de réticence à parler des sources de revenus. Nous sommes dans l'univers de la débrouille.



2. Le travail de rue et le travail en réseau

Il va de soi que le travail de rue exige des méthodologies spécifiques. Il ne suffit pas d'aller en rue et de prendre par la main des usagers pour les conduire dans des centres thérapeutiques.

Dune a donc développé une expertise dans ce domaine nouveau et original puisque Dune est la seule équipe de travailleurs sociaux de rue orientée vers l'approche sanitaire. Deux journées de réflexion ont été organisée en partenariat avec une vingtaine de services pratiquant ce travail de rue. En ce sens, Dune a une spécificité incontournable dans le secteur.

Des échanges méthodologiques avec les équipes de travailleurs de rue se multiplient afin d'intégrer le paramètre santé et usage de drogues auprès des travailleurs de rue « généralistes ».

Le travail de rue, par son nomadisme amène de façon obligatoire à s'intéresser au travail en réseau. Le travailleur de rue travaille dans le dénuement. Mis à part quelques objets et ses capacités d'écoute active, l'essentiel des réponses vient des bonnes collaborations et des bonnes connaissances des autres institutions.

Confrontés aux logiques de la vie en rue, Dune est d'emblée dans l'intersectorialité et sa place d'acteur santé l'amène à élargir sa conception de la santé et à s'interroger sur le rapport qu'un individu entretient vis-à-vis de lui-même, son environnement et son entourage.

Dune entretient des partenariats et collaborations étroites avec le service prévention de la commune de Saint-Gilles, Modus vivendi et Transit, le Centre Local de Promotion de la Santé, Espace P, l'accueil de jour « Chez Nous », le CPAS d'Ixelles, la fédération des travailleurs de rue, les trois équipes bruxelloises de travail de rue (Diogènes, Adzon, Jeugd en Stad), MSF, le Casu, La Fontaine, la maison médicale Santé Plurielle, les MASS, les gardiens de parc.

En rue, il est impossible de cloisonner si tant est que cela soit praticable et pratiqué en ambulatoire. Ici le contexte est tellement évident que l'on ne peut l'ignorer.

Echanges également avec les collègues de Liège, de Charleroi, de Namur et d'Anvers.

II. La RDR (8) comme continuum du bas seuil

Les pratiques de réduction des risques, centrées sur l'usager et son entourage, centrées également sur la compréhension des milieux de vie et des contextes propres à certains usages sont la suite logique de l'idée du bas seuil.

Toutefois, on se situe ici en amont de l'offre thérapeutique pour entrer dans une logique socio-sanitaire plus ample. En se retrouvant dans les milieux de vie des usagers, que cela soit la rue ou les milieux festifs, on ne rencontre pas de demande de cure mais bien de soins, pas de demande de thérapie mais bien des demandes d'aides, et point de toxicomanes comme tels.

Les travailleurs rencontrent des personnes à qui il est fait offre de service et mettent en place des stratégies relationnelles, la mise à disposition d'objets, de messages, sortes d'objets flottants laissant la place à d'autres possibilités de contacts et d'aides.

Il s'agit de permettre aux usagers de maintenir ou de restaurer leurs capacités afin qu'ils puissent les utiliser de façon optimale quel que soit leur milieu de vie et les circonstances. Dans une situation de forte désinsertion et /ou à des âges de la vie où l'on se croit éternel, certaines conduites à risques (la consommation de psychotropes, mais aussi la vente, la conduite imprudente en voiture, l'alcool, les incivilités, les extrémismes religieux ou idéologique) apparaissent comme une réelle alternative aux déficits identitaires. Se créent des cultures urbaines dont les logiques doivent être prises en considération si l'on veut avoir un quelconque effet en matière de santé.

Elle invite à se référer aux travaux de l'anthropologue Pascale Jamoulle qui montrent à quel point les usages de

⁽⁸⁾ RDR = Réduction des risques.

drogues s'intègrent dans des modes de vie, des logiques culturelles d'insertions parallèles et cela dans des quartiers où la présence de l'Etat, des services publics, où le sens même de la citoyenneté ont été satellisés par la précarité.

La réduction des risques

- Problèmes visés: risques rencontrés par des consommateurs actifs, risques rencontrés dans les milieux de vie, usagers qui ne sont pas « demandeurs », poly-usages fluctuant selon l'offre, désocialisation rapide, surinfection, maladies liées à la grande exclusion (abcès, gale, septicémie, violences, errance).
- Modèle : réduction des risques, santé publique et promotion de la santé, modèle participatif de santé communautaire qui permet d'évoluer avec les usagers, le contexte, le milieu de vie, les valeurs. Système d'alerte précoce. Elargissement de la notion de soins en amont d'une cure.
- Objectifs: donner les moyens aux usagers de réduire les risques, responsabiliser, accompagner, réduire l'écart entre les offres d'aide et les usagers, influencer les conditions de consommation, en deçà de l'offre thérapeutique.
- Limites : illégalité des produits qui implique une qualité incontrôlable des produits qui circulent (risques d'empoisonnement), recherche suspendue de nouvelles offres médicalisées qui rencontrent toujours le même impératif, limiter les effets néfastes de la prohibition en offrant des produits sains (héroïne contrôlée) et en renforçant du même coup la pression sur les trafiquants, difficulté de créer des espaces de négociations avec les usagers, non reconnaissance de leur rôle; effet pervers d'une confusion avec le thérapeutique.

III. La question du décret

La mission de soins

Au regard de ce qui a été décrit plus haut et de l'évolution des usages (expérimentations variées, usage selon la disponibilité du marché, pratique d'expérimentation et usages festifs, usage convivial), la mission de soins doit être élargie et non restreinte à une offre thérapeutique même dite à bas seuil.

Dune procure, par exemple, des soins aux usagers par le biais de l'échange de seringues et la mise à disposition d'un service de dispensaire et un travail infirmier. La dispensation de soins en dehors de toute demande de traitement ou de consultation médicale a toute sa place pour ce genre de public, que ce soit le public de rue, du comptoir ou des consommateurs de drogues dites festives.

Or, le décret actuel a calqué la mission de soins sur une consultation médicale et restreint les possibilités de contact avec les usagers : « le service pose un diagnostic... le traitement intègre les aspects médicaux, psychiatriques et psychologiques » (article 8 du décret).

Le soin n'est pas compris comme offre sanitaire mais bien comme offre médicale.

Ainsi l'arrêté de 1996 précise-t-il et restreint d'autant la mission dans son chapitre III, article 28 de la section 3 en parlant explicitement de consultation. Ainsi que dans la section 4 en parlant de dossier individuel imposant le nom, le prénom, l'adresse, la date de naissance, la nationalité, le sexe, la situation socioprofessionnelle, le niveau de scolarité ou encore les démarches psychologiques antérieures.

L'accompagnement

L'accompagnement doit être assuré en son sein par le service

Le travail de Dune est de contacter les usagers vivant en grande précarité et de les aider à s'orienter vers les services, ou d'accueillir des usagers et par le travail d'écoute, de construire avec eux des possibilités de mieux vivre (aide sociale, hébergement, offre thérapeutique si demande).

Cependant, le travail impose l'anonymat qui n'est levé qu'au moment où une demande se fait jour. Il arrive souvent que la levée de l'anonymat se fasse dans l'institution relais. Dune ne peut donc pas prétendre à cette mission qui, « assure en son sein par un suivi individualisé la guidance sociale et administrative », alors que sa fonction est celle d'ouvreporte.

Il va de soi que le travail de rue ne répond pas non plus aux normes architecturales prévues par l'arrêté de 1996 qui impose un local confidentiel et des sanitaires à la disposition du public (chapitre III « conditions d'agrément », section 2).

La prévention, dernière mission principale, a été confiée à Dune lors de son agrément provisoire. Cette mission cite « la prévention des dommages » de façon accessoire et non nécessaire.

Cette seule mission se révélant insuffisante, l'agrément définitif a été rejeté, faisant repasser Dune en initiative.

Il serait impensable de fermer un comptoir d'échange de seringues dans une ville comme Bruxelles.

La réduction des risques, pratique qui associe de façon globale un impératif de santé publique à une approche individuelle n'est pas reprise de façon spécifique dans le décret,

elle est facultative. Aussi convient-il de repréciser son action. La RDR est une façon de travailler spécifique : concertation avec les usagers, participation de ceux-ci dans les dispositifs, partenaires dans la circulation des informations et pourtant aussi service sanitaire non contraignant, respect de la personne et de ses capacités à restaurer une gestion de sa vie.

Elle insiste sur le fait que la réduction des risques n'est pas un service thérapeutique à bas seuil mais s'appuie sur d'autres stratégies qu'une offre médicalisée et thérapeutique.

Il s'agit d'une nouvelle alliance entre les usagers et les intervenants où les stratégies se construisent par des savoirs croisés. C'est pourquoi, elle estime qu'il est utile de se pencher sur la spécificité de cette offre et les ouvertures qu'elle offre pour des publics qui ne veulent pas consulter mais bien être consultés.

Les missions particulières

D'emblée, celles-ci ne donnent pas accès à un agrément puisqu'il convient au préalable de remplir une mission principale.

De particulières, ces missions deviennent donc administrativement secondaires. Les trois missions « particulières » que sont la réinsertion, la liaison et la formation semblent se confondre et s'interpeller les unes les autres.

 La réinsertion ressemble à la mission d'accompagnement mais en plus étroit ou plus contraignant. Il ne s'agit pas d'accompagner la demande mais d'effectuer un travail d'encadrement. Toute réinsertion passe par la collaboration de l'usager ou, en tous cas, s'organise difficilement sans lui.

En tout état de cause, on fait état des mêmes partenaires et le même appel au travail en réseau.

 La liaison vise l'organisation même du travail en réseau : s'organiser pour mieux se compléter.

Ce travail de liaison est quotidien à Dune et traverse le projet comme une lame de fond puisque Dune limite ses services concrets spécifiques afin, d'une part, de ne pas faire redondance avec d'autres services, et d'autre part, d'être un outil au service de chaque cas particulier. Certains demandent des soins, une aide ponctuelle, un renseignement, un soutien pour une aide sociale sans pour autant devoir s'inscrire dans la durée au sein du service. Dune dépend absolument du réseau et pour ce faire passe une énergie considérable à bien connaître ses partenaires.

 La formation est donc d'emblée aussi une façon de créer du réseau. Il y a là cependant une notion de transfert de savoirs qui lui semble limiter la collaboration. L'essentiel du réseau Dune s'adresse à des intervenants «susceptibles d'être confrontés ou confrontés aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues », selon les termes du décret. La plupart du temps, pour être honnête, il s'agit d'échanges de savoirs qui laissent apparaître des besoins non couverts par l'intersectorialité.

En conclusion, Mme Raedemaeker souligne 10 points qui permettent de renforcer de nouvelles activités de réductions des risques.

- 1. La réduction des risques doit être reconnue comme mission et non comme « tendance » dans la mission de prévention. Tantôt confondue avec la prévention, tantôt avec le thérapeutique à bas seuil, la RDR ne peut se pratiquer raisonnablement. Si comme le dit le président de la FEDITO, ces activités de RDR se pratiquent partout, pourquoi ne pas les reconnaître au même titre que les autres ? En restant dans le flou, rien ne dit qu'elles seraient d'ailleurs maintenues, si tant est qu'elles soient pratiquées « partout ».
- 2. La RDR implique des méthodes spécifiques, des financements particuliers (jobistes, travail d'enquête et de recherche-action-participation), des horaires fluctuants selon les publics et des activités extra-muros, rendus impossible par les arrêtés d'application actuels.
- 3. la mission de soins doit être élargie à une offre sanitaire en dehors d'un dispositif médicalisé classique.
- 4. La mission d'accompagnement doit pouvoir reconnaître le travail dans les milieux de vie et le travail de rue.
- 5. Certains services doivent pouvoir offrir des garanties d'anonymat.
- 6. Le travail de soirée doit être reconnu de façon structurelle.
- 7. La liaison (liée inévitablement à un dispositif de suppléance) doit s'articuler au travail de réseau.
- 8. La notion de spécificité du projet doit être prévue au cas par cas : actuellement octroyée seulement sur base de missions générales, donc non spécifiques cette notion ne permet pas d'intégrer de nouveaux projets, sinon au sein de services déjà agréés et débordés par leurs propres activités.
- 9. Le travail avec des usagers (travail avec les pairs, focus group) et avec de nouvelles professionnalités (éducateurs, enseignants, infirmiers) doit être envisagés pour connaître les nouveaux usages et avoir accès à différents milieux de vie.

 un système de récoltes de données de la RDR doit être encouragé ainsi que des enquêtes qualitatives et participatives.

Elle termine son exposé par une citation de Patrick Declercq tiré de son livre « Les naufragés » : « Les plus étranges, les plus intelligibles, les plus grands fous ne sont jamais que des caricatures quantitatives de nous-mêmes. C'est ça l'intérêt, essayer de se comprendre mieux soi-même, de mieux comprendre l'humanité en tant que telle. De même, le fonctionnement de la société se révèle dans ses marges. Il se révèle tout à fait intéressant dans la façon dont la société traite ses marges, ses exclus, les gens dont elle ne reconnaît pas qu'ils font partie d'une éventuelle normalité ».

24. Discussion générale

Mme Anne-Françoise Raedemaeker précise à M. du Bus de Warnaffe (cdH) que le CLIP est un comptoir d'échanges de seringues de DUNE qui travaille en partenariat avec la commune de Saint-Gilles, Transit et Modus Vivendi.

Le CASU, qui est l'ancien Samu social, est un partenaire de DUNE qui développe des projets relatifs à l'éducation et à la promotion de la santé. Il bénéficie d'un subventionnement de soutien d'aide aux personnes.

DUNE est une initiative en toxicomanies qui ne bénéficie pas des accords du non-marchand. L'association compte six travailleurs ACS et dispose d'un budget de $10.000 \, \in \,$ pour ses publications.

Elle précise à Mme Céline Delforge (Ecolo) que la plupart des sans-abri, les habitants de la rue et les populations de passage à Bruxelles consomment des solvants qui sont des produits moins onéreux que le cannabis.

Mme Souad Razzouk (MR) déplore que la réduction des risques n'est pas encore reconnue comme une mission alors que des associations telles que Modus Vivendi, Modus Fiesta reçoivent des budgets importants dans ce domaine.

L'a.s.b.l. Pélikan, qui est une initiative, fait partie de la FEDITO mais elle n'est pas agréée. Qu'en est-il de DUNE ?

Les enquêtes épidémiologiques menées sur le terrain constituent-elles une plus-value par rapport à celles qui existent déjà (Eurotox) ?

Mme Raedemaeker précise que DUNE, au même titre que Pélikan, n'est pas agréée. Ces associations ne font pas partie de la FEIAT, qui est une Fédération patronale pour les associations agréées du secteur toxicomanies mais bien de la FEDITO.

DUNE ne fait pas partie de la concertation sociale à la commune de Saint-Gilles.

Les enquêtes de rue sont des outils d'évaluation qui permettent d'apprendre à connaître les usagers pour mieux définir les actions de DUNE.

Les associations actives dans le secteur toxicomanies pratiquent la RDR mais l'intervenante regrette que cette pratique ne soit pas reconnue en tant que mission par le décret sur les toxicomanies de 1995.

Beaucoup de jeunes errent dans la clandestinité. Ils ne veulent pas suivre de traitement médical tel qu'un sevrage à la méthadone car ils ne veulent pas arrêter leur toxicomanie. Ils n'osent pas non plus se diriger vers les associations de ce secteur par peur ou méconnaissance.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) s'interroge sur les spécificités du CLIP et de L.A.I.R.R. qui sont les deux comptoirs d'échange de seringues à Bruxelles et demande s'il existe d'autres associations dans ce domaine à l'étranger qui peuvent servir de modèle en la matière.

Mme Raedemaeker précise que le CLIP est le comptoir pour Bruxelles-Sud et que L.A.I.R.R. est le comptoir pour Bruxelles-Nord. Il faut néanmoins préciser que L.A.I.R.R. n'accepte pas que les travailleurs sociaux interviennent sur le terrain

L'association « Espoir Boule d'Or » établie à Paris est née d'une initiative privée d'habitants qui étaient concernés par un problème de drogues dans leur quartier.

Cette association a installé un comptoir de rue (S.T.E.P.) qui distribue des seringues, tampons, préservatifs, etc. aux habitants du quartier.

Mme Céline Delforge (Ecolo) observe que dans certaines grandes villes de Suisse telles que Zurich et Genève, les associations dites « initiatives » connaissent une liberté d'expérimentation qui n'existe pas à Bruxelles.

Mme Fatiha Saïdi (PS) souligne toute l'importance du travail sociosanitaire de rue qu'il faut développer et demande si DUNE participe aux réunions de concertation sociale communales.

Mme Raedemaeker répond que le travail de rue s'est développé car les usagers de drogues qui errent dehors se

provoquent souvent des abcès et d'autres dommages et constate que les services sociosanitaires sont très peu nombreux en Région de Bruxelles-Capitale.

DUNE pratique la « bobologie », c'est-à-dire donne des conseils aux usagers de drogues afin d'éviter l'aggravation des plaies.

Elle précise à Mme Magda De Galan, présidente, que les usagers souffrent également de problèmes dentaires.

Elle précise également que DUNE ne fait pas partie de la concertation sociale à la commune de Saint-Gilles.

25. Exposé de M. Yves-Luc Conreur, co-fondateur de l'association L'Autre « Lieu »/RAPA

La commission a terminé les auditions du 6 juillet 2005 par l'exposé de M. Yves-Luc Conreur.

M. Luc-Yves Conreur, co-fondateur de l'Autre « lieu » et responsable de projets, présente son exposé en deux parties, l'une concerne le décret relatif aux Services de Santé mentale de 1995 et l'autre, le statut d'une Initiative comme l'Autre « lieu », conventionnée annuellement depuis 1989.

1° Le décret relatif aux services de santé mentale

Concernant le chapitre 1^{er}, Missions, et l'article 5 du décret, L'Autre « lieu », après avoir pris connaissance d'avis de différents usagers, de professionnels et de chercheurs, suggère que d'autres rubriques soient ajoutées aux missions qui concernent le curatif, la prévention et les projets spécifiques.

Elles seraient liées à l'analyse du contexte de travail à réaliser dans un quartier donné par rapport à l'émergence d'une « souffrance sociale », la précarité d'un bon nombre et la pauvreté d'un certain nombre d'entre eux.

Il ne s'agirait pas d'un traitement individuel psychiatrique, psychothérapique et psychosocial de problèmes de santé mentale mais de missions concernant le « comment apprendre aux gens à s'aider eux-mêmes » pour qu'ils puissent travailler sur des déterminants de santé mentale qui ne relèvent pas nécessairement de l'ordre de l'intrapsychique ou d'une pathologie avérée.

Dans la mesure où l'on identifie parfois des dénominateurs communs à des difficultés de vie qui se transforment en souffrance, un diagnostic sur « ce qui ferait soin dans la communauté — en comptant sur un certain potentiel soignant de celle-ci » — ne serait pas superflu. Les travailleurs des services de santé mentale sont interpellés par des intervenants de première ligne et des usagers quant à des situations de malaise aigu qui conduisent à certains troubles psychiques. En amont de ce malaise, la désaffiliation de certains lieux de rencontres et de discussion conduit à des attentes parfois démesurées par rapport au secteur de la santé mentale, qui conduisent au désenchantement des usagers et des intervenants.

Concernant les mêmes chapitre et article 5, l'Autre « Lieu » estime qu'un renforcement du traitement psychosocial aurait son utilité.

De même, un développement de projets spécifiques liés à l'insertion économique et sociale, serait souhaitable dans la mesure où le lieu de travail est vécu comme un lieu à la fois d'exclusion des personnes qui craquent et deviennent perturbées psychiquement et de barrage au désir de retrouver un emploi même après avoir bénéficié de soins.

De plus, les services de santé mentale devraient pouvoir assumer une fonction phorique, à laquelle certains sont sensibles. Il s'agit de prendre le temps de mettre l'autre, la personne qui souffre psychiquement, dans un climat tel qu'elle puisse se déposer et se sentir portée dans l'attention psychique des soignants et de ceux qui s'occupent d'elle. Si la fonction phorique n'est pas une fin en soi, elle est une fonction essentielle comme socle à partir duquel peuvent s'enraciner les autres fonctions. Sinon, les usagers doivent exprimer trop vite une demande, voire un projet défini que les services attendent, au risque que les intervenants projettent sur les usagers les attentes de l'institution, obligeant les usagers à se profiler, ce qu'ils savent faire pour avoir quand même accès à l'aide et aux soins.

La place des consultations non programmées, devrait faire l'objet d'une réflexion dans la mesure où certaines personnes sont dans des situations de crise ou d'urgence (objective ou subjective) qui ne nécessitent toutefois pas le recours aux grandes urgences d'un hôpital.

Il s'agit d'une urgence de parler, d'être écouté, entendu, reconnu ou d'y voir plus clair ou d'une urgence quand surviennent des moments de fortes angoisses ou de paniques.

L'Autre « Lieu » a, sur ce sujet, un avis différent de la Ligue bruxelloise francophone pour la Santé mentale et sa coordination « Urgences » qui trouvent possible de prendre en charge de telles situations pour les patients connus et suivis.

Dans la mesure où le service de santé mentale est un service public de santé qui travaille au bénéfice de la population de leur territoire, un inconnu qui se sentirait dépassé, angoissé ou paniqué, pourrait légitimement recourir à pareille demande.

Concernant le chapitre I, section 1 – Accueil, diagnostic et traitement, l'Autre « lieu » estime que l'accueil, structuré essentiellement autour de l'organisation des consultations qui passe prioritairement par les appels téléphoniques, pourrait se voir attribué davantage de temps et d'espace pour rencontrer, d'une manière moins formatée, les demandes d'une population qui a parfois des difficultés à s'exprimer dans le cadre formel et défini d'une rencontre spécialisée, psychiatrique, psychologique et sociale.

2° L'Autre « Lieu », initiative en santé mentale

L'Autre « Lieu », initiative en santé mentale, est complémentaire aux structures thérapeutiques. L'association ne fait pas de clinique.

Il s'agit pour l'association:

- de sensibiliser la population à la problématique de la santé mentale et à la situation des personnes perturbées psychiquement qui souhaitent éviter ou écourter une hospitalisation en psychiatrie ou qui, réduites à l'isolement social par une souffrance psychique et une solitude subie, souhaitent ne plus vivre seules;
- de développer des projets d'accueil de ces personnes, dans des lieux de vie, chez des particuliers ou dans des maisons semi-communautaires, où chacun(e) bénéficie d'un bail par lequel il/elle loue une ou deux chambres, un flat ou un petit appartement, tout le monde ayant accès à une pièce communautaire, échanger ou partager des activités communes ou inviter des amis, la famille ou des voisins;
- de soutenir les personnes dans différents projets qu'elles ont, souvent par rapport à des capacités culturelles, artistiques, scolaires, relationnelles, mises en veilleuse, et qui stimulées à nouveau, les conduisent à renouer socialement avec autrui;

Les différents projets partent la plupart du temps des usagers, comme citoyens à la recherche de ce qui renforce l'estime de soi, la confiance et la participation à la vie de la Cité, donc de ce lien aux autres (par des réseaux d'écoutentraide, groupes de parole, groupes d'entraide, réseaux d'échanges de savoirs (offres et demandes). Dans la population, tout le monde sait transmettre quelque chose qu'il connaît et apprend de l'autre, dans la réciprocité, sans devoir, parce que l'on est troublé psychiquement, décliner d'abord son identité psychiatrique, de malade;

 de veiller à ce que ces personnes, lors de l'accueil, aient connaissance des services et associations qui peuvent les aider en cas de besoin, sur le territoire où elles habitent, sans que l'association ne se dispense de rester en contact avec les usagers et les personnes qui les accueillent;

- de mettre sur pied des recherches-actions qui essayent, en s'adressant aux groupes d'usagers ou d'autres groupes d'habitants d'évaluer le décalage éventuel entre le besoin ressenti des personnes usagères de services, et l'offre de soins de santé mentale existant sur un territoire donné;
- d'organiser des colloques, journées d'études, séminaires sur les politiques de santé mentale pour les professionnels du secteur et toute personne intéressée.

Il cite notamment ceux sur:

- la réforme Busquin de 1990;
- la proposition de vraies alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie moyennant la suppression de nombre de lits d'hôpitaux et un transfert de ressources de l'hospitalier vers l'ambulatoire grâce à des services intégrés d'aide et de soins psychiques, sorte de services de santé mentale fonctionnant 24 heures sur 24, avec beaucoup d'équipes mobiles dans la communauté et à domicile, et quelques lits pour les situations de crise;
- le forfait, montant attribué à un territoire ou région donnée qui puisse permettre de sortir de la subsidiation hospitalière en fonction du nombre de lits occupés, la « culture du lit », avec des travailleurs qui ne peuvent pas sortir de l'hôpital alors que le forfait leur permettrait de travailler dehors ou dedans selon les besoins pour assurer la continuité des soins dans le milieu de vie, en collaboration avec les services en ambulatoire. Ces collaborations existent mais avec des moyens cloisonnés à l'intérieur de budgets différents, disproportionnés l'un (les hôpitaux) par rapport à l'autre (les services en ambulatoire).

En fonction de besoins recensés de la population dans le milieu de vie, des ressources comme des centres de crise ou de petites urgences, des équipes mobiles et des lieux d'accueil, pourraient être plus adéquats, dans nombre de situations, que l'hospitalisation en psychiatrie.

Vu la disparité plus que grande entre les moyens consacrés à l'hospitalier et ceux dévolus à l'ambulatoire, il s'avère difficile d'implémenter des projets de soins dans le milieu de vie correspondant mieux aux attentes et besoins des usagers.

De plus, l'hospitalier se construit maintenant son propre petites extra-hospitalier – ressources en dehors des murs – mais selon un modèle et une logique médico-centristes qui miment le « navire amiral » hôpital psychiatrique, avec des budgets beaucoup plus importants qui rendent la patientèle captive de toute une série de ressources produites par l'hôpital. Cet « hospitalier extra-hospitalier » concurrence ainsi un ambulatoire doté de trop peu de financement et de moyens;

- le manque d'innovation sur le territoire, à cause de la masse budgétaire consacrée aux hôpitaux, conduit à une concentration dans certaines institutions de personnes faisant l'objet d'une mesure de mise en observation et de maintien laquelle est prise aussi pour des raisons de troubles de l'ordre public et pas seulement de troubles psychiques. Cette situation est dommageable à la santé mentale de ces personnes et à des soins sur mesure. Des traitements contraires aux Droits de l'Homme y existent comme en a fait état le Comité de prévention de la torture, des traitements inhumains et dégradants du Conseil de l'Europe qui a noté de pareils traitements dans des hôpitaux psychiatriques, établissements de défense sociale et d'annexes psychiatriques et de prisons. Il faut transformer de manière profonde ces endroits mais les décideurs et la population pourront-ils changer leurs représentations de la personne du malade mental, sans compter l'attitude des « propriétaires de briques hospitalières » ou « investisseurs en santé mentale » ? A la décharge de ces institutions, le fait que bon nombre d'autres s'accommodent de cette situation leur permet de se séparer, sans trop de questionnement, de leurs patients dérangeants, encombrants ou agressifs. Tout le monde participe de cette logique fonctionnelle.
- l'évaluation de la qualité des soins.
- les soins psychiatriques à domicile intégrés (SPADI) à Liège.

Le travail de l'Autre « lieu » intègre, dès le départ, une parole émise dans un contexte non médico-psychologique, une parole qui ne souhaite pas de jugement, de stigmatisation, venue d'une personne usagère qui, à côté d'une relation avec un médecin, psychologue ou assistant social, s'attache à parler d'une partie « non malade » d'elle-même et qui souhaite se « rapatrier » dans la communauté, par des formes variées de projet.

Les besoins de travailler, d'être logé dans des conditions satisfaisantes, de participer à des activités de loisirs culturelles ou de création artistique, font partie des préoccupations des gens; ils sont vraiment des éléments pour être mieux dans leur peau même si la situation économique et sociale de beaucoup oblige à des dépenses d'énergie considérables.

L'Autre « lieu » veille à ce que les personnes se mettent éventuellement en ordre, si elles ne travaillent pas, avec les services du chômage, mutuelle, CPAS, Vierge Noire, considérant qu'un revenu et un logement sont souvent des préalables à tout le reste. Pour la question du logement, l'Autre « lieu » collabore avec des agences immobilières sociales.

L'Autre « lieu » s'aperçoit que la communauté, le milieu de vie consent tous les jours à des miracles discrets.

L'Autre « lieu » travaille grâce à des conventions renouvelées annuellement depuis 1989 concernant la Commission communautaire française. Avant l'existence des régions, l'association bénéficiait d'un subside annuel inscrit au budget fédéral de la Santé.

L'Autre « lieu » s'apprête à fêter son 25ème anniversaire au printemps prochain, 25 ans de conventions annuelles. Depuis bon nombre d'années, l'association n'a bénéficié d'aucune indexation de la subvention qui reste la même et qui ne prend pas en compte l'ancienneté des travailleurs et les traitements de cinq ACS.

M. Conreur estime que l'association occupe une place originale dans le secteur de la santé mentale, et souhaite qu'un jour l'Autre « lieu » fasse l'objet d'un financement pluriannuel, par exemple tous les 5 ans, sur base d'un contrat-programme avec un comité d'accompagnement et une évaluation après cette période.

Mme Saïdi, présidente, au nom de la commission, remercie l'ensemble des orateurs pour la qualité de leur intervention et des réponses qui ont nourri le débat.

26. Discussion générale

Mme Celine Delforge (Ecolo) demande à M. Conreur s'il se reconnaît dans la philosophie des constats dressés par les précédents orateurs des associations du CUDLI et de DUNE qui travaillent dans le secteur de la toxicomanie, à savoir la question de la reconnaissance des « initiatives » créatives et des intervenants du secteur de la santé mentale.

M. Conreur répond qu'à l'Autre « lieu », comme dans d'autres associations, les intervenants considèrent que les usagers sont des experts de leur propre expérience et se sont constitués un savoir sur « leur » trouble. Il s'installe un rapport égalitaire entre le soignant et l'usager.

Le RAPA travaille en liaison avec des associations d'usagers reconnues par l'Etat fédéral, comme Psytoyen et Pasifou.

M. Conreur reconnaît la difficulté d'éventuellement travailler dans le cadre du décret actuel.

L'association estime que la santé ne doit pas se réduire uniquement à des consultations programmées, psychiatriques, psychologiques ou sociales mais qu'il faut tenir compte d'une fonction d'accueil non programmé, par laquelle la personne puisse se poser, d'un temps d'installation d'une relation. Une réflexion collective doit aussi s'engager sur le malaise urbain dont les symptômes se traduisent par l'inflation de thérapies individualisées et de demandes de mesures d'hospitalisation sous contrainte et déterminants de la santé tels que le stress au travail, le logement, les ressources culturelles, de loisirs et de sport dans les quartiers.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) constate que l'ensemble des intervenants auditionnés des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie ont mis l'accent sur le travail communautaire.

Elle pense que le travail communautaire est une vision d'avenir qu'il faudra prendre en compte lors de la modification des décrets qui sont en vigueur depuis 1995.

Elle souligne que l'association existe depuis 25 ans et qu'elle doit demander chaque année un subside.

Elle demande si l'association opterait, si elle en avait la possibilité, pour le système pluriannuel en termes de convention ou préfèrerait être intégrée dans le décret ?

M. Conreur répond que l'association opterait pour le système de financement pluriannuel. L'association a organisé récemment un colloque sur la faisabilité de l'application d'un forfait à un territoire.

A cette occasion, il a été démontré la disparité des moyens dont disposent les hôpitaux par rapport à ceux des services de santé mentale.

Il estime que les services de santé mentale ne sont pas en mesure de prendre en charge d'autres missions tant qu'il n'y aura pas une réflexion générale sur le mode de financement du secteur ambulatoire.

M. Conreur précise à Mme Razzouk (MR) que les « petites urgences » ne sont pas prises en charge par les services de santé mentale. Il peut s'agir de personnes qui souffrent d'une angoisse ou d'une panique qui nécessite une prise en charge rapide.

Ce patient va se heurter à diverses difficultés : la fixation d'une consultation à quinze jours, voire trois semaines, la fermeture des services de santé mentale après 18 heures.

L'ultime recours pour une personne en détresse est l'hôpital.

Il estime que le budget alloué au milieu hospitalier est beaucoup trop important et qu'une partie de ce budget devrait couvrir d'autres besoins qui devraient être pris en charge par les services de santé mentale. Il dénonce des problèmes internes à certains hôpitaux psychiatriques qui accueillent des patients parfois admis sous la contrainte, et pour lesquels le Comité de prévention de la torture, des traitements inhumains et dégradants du Conseil de l'Europe a fait des recommandations au gouvernement fédéral. Quand des mesures de contention ou d'isolement durent et qu'elles ne sont pas prises, ponctuellement et brièvement, eu égard à un traitement mais pour d'autres raisons.

M. Conreur pense qu'il faut éviter la concentration des personnes dans un même endroit.

Il déplore le manque d'encadrement, de formation du personnel, dans certains hôpitaux où il s'agit parfois davantage de gardiennage, de surveillance que de soins.

Il estime que la situation devient inacceptable à une heure où la société met en exergue les droits des patients.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) lui demande si des correctifs d'ordre législatif pourraient être apportés au décret afin d'améliorer les droits du patient.

M. Conreur évoque une réalité de terrain, le médiateur de plaintes est une fonction obligatoire dans les hôpitaux psychiatriques, dans les habitations protégées et dans les maisons de soins psychiatriques mais ne l'est pas dans les services de santé mentale.

Sur l'interpellation de M. du Bus de Warnaffe (cdH) qui souhaiterait avoir un exemple concret d'accompagnement communautaire, M. Conreur cite l'exemple le plus courant qui consiste à la recherche d'un logement (difficultés de contacts parfois, pour la personne, avec le propriétaire).

La première démarche est la vérification des revenus de la personne pour lui permettre de se soigner et de se loger dignement dans un quartier où cette personne pourra construire un projet de vie.

Le RAPA travaille avec les agences immobilières sociales qui sont confrontées à de multiples demandes. Le RAPA entretient également des contacts avec les fondations, certains syndicats, les syndicats chrétien et socialiste.

Dès que la personne est rassurée par son logement, le travail thérapeutique peut alors commencer.

M. du Bus de Warnaffe (cdH) observe que ce phénomène « informel » de soutien social est sous-estimé et que les initiatives dans le domaine de la promotion de la santé ne sont pas suffisantes.

M. Conreur précise que la souffrance psychique du patient ne doit pas être toujours référée individuellement à une consultation ou une prescription de médicament mais

qu'il faut créer une réflexion collective autour des déterminants de la santé.

Mme Razzouk (MR) s'interroge sur les pathologies rencontrées par les services de santé mentale. Elle demande ce que recouvre le mot « urgence » qui est, en soi, un critère subjectif et qui est sujet à interprétation pour la personne qui vit une situation difficile et qui ne souhaite pas se rendre à l'hôpital?

Dans le cadre du travail communautaire, a-t-elle des contacts avec les centres d'action sociale globale ou avec d'autres associations ? Enfin, elle constate que l'ensemble des acteurs, par souci de la continuité dans le domaine de la santé et du social, souhaite une subvention pluriannuelle, à charge pour l'association d'établir un rapport d'évaluation tous les cinq ans.

M. Conreur précise que les personnes qui fréquentent leur association sont, en général, des isolés qui n'ont plus de contact social, des personnes à tendance dépressive ou suicidaire qui n'osent plus sortir de chez elles.

Le travail consiste à refaire « glisser » la personne dans le milieu de vie avec un soutien de l'équipe : écouter et parler à l'Autre « lieu » ou au domicile, participer à nouveau à de petites rencontres avec d'autres, soutien à des projets, (re)mise en relation avec des praticiens professionnels en santé, etc.

L'Autre « lieu »/RAPA n'a pas de profil bien déterminé et accueille les « tout-venants », confronté à un trouble psychique, dans un cadre hors médical.

Il souligne que les services de santé mentale acceptent de prendre en charge les urgences de patients connus et déjà suivis par leurs services.

M. Conreur estime que c'est un peu limitatif de la part de la Ligue bruxelloise francophone de la Santé mentale de prendre uniquement les urgences de leurs patients dans la mesure où toute personne du territoire où se situe le service (public) devrait pouvoir bénéficier d'une aide urgente lorsqu'elle traverse une situation de souffrance psychique difficile. Concernant le travail communautaire, le RAPA/L'Autre « lieu » travaille en relation avec les centres d'action sociale globale, les habitations protégées, les agences immobilières sociales, les bureaux d'aide juridique ainsi qu'avec des assistants sociaux pour aider la personne à redémarrer dans la vie.

Mme De Galan, présidente, en conclut que L'Autre « lieu » est une offre supplémentaire aux services de santé mentale pour les personnes très isolées qui n'ont quasi plus de contact social en Région de Bruxelles-Capitale.

27. Exposés de M. Philippe Van Muylder, président de la section « services ambulatoires » du Conseil consultatif francophone bruxellois de l'Aide aux personnes et de la Santé, et de M. Charles Lejeune, secrétaire général de la Fédération des centres de service social

M. Philippe Van Muylder remercie la commission d'avoir invité la section services ambulatoires du Conseil consultatif de l'Aide aux personnes et de la Santé, instance intersectorielle, afin d'exprimer son point de vue sur des matières sectorielles et plus particulièrement sur l'évaluation des décrets relatifs à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale et des services actifs en matière de toxicomanies après 10 ans d'application.

Vu l'intérêt commun du Parlement et du gouvernement d'entendre le Conseil consultatif sur cette problématique, M. Van Muylder précise qu'un groupe de travail au sein du Conseil consultatif présidé par M. Charles Lejeune a été mis en place pour débattre de l'évaluation des décrets concernés et propose à la commission de lui présenter les conclusions de cette étude vers la fin du premier semestre de l'année 2006 au plus tard. Il cède la parole à M. Charles Lejeune, secrétaire général de la Fédération des centres de service social.

M. Charles Lejeune précise que son exposé se décline en cinq points : quelques préalables, la politique générale de la santé, le contexte socio-économique qui détermine la demande de santé, les points forts et faibles des décrets santé mentale et toxicomanies et les propositions du groupe de travail.

Le soutien aux secteurs concernés par l'audition ainsi qu'aux autres secteurs ambulatoires de la Commission communautaire française est un préalable important pour les membres du Conseil consultatif. Les éventuelles évolutions de la législation ne peuvent impliquer, selon eux, à une diminution des enveloppes sectorielles.

Concrètement, quelle lecture peut-on avoir des enjeux pour chacun de ces deux secteurs ? Au départ de l'initiative ministérielle, il s'agit sans doute de clarifier en santé mentale à quelle demande sociale globale répond ce secteur aujour-d'hui. En toxicomanie, c'est le principe de la spécialisation qui est questionné, ainsi que la pertinence des missions telles qu'elles ont été définies il y a 10 ans.

Pour la section ambulatoire du Conseil consultatif, des enjeux plus globaux apparaissent à travers le questionnement relatif à deux décrets particuliers. Ceux-ci se situent plutôt du côté d'une redéfinition éventuelle des missions, des publics-cibles et des modalités d'intervention en fonction de l'émergence d'une demande sociale exprimée tant par les usagers que par les professionnels et insuffisamment rencontrée jusqu'ici, ainsi que des priorités fixées par le politique au regard de celles-ci.

Dans le cadre de ses compétences, le Conseil Consultatif est amené à donner un avis sur les renouvellements d'agrément des services. Cela a été le cas, il y a deux ans, pour les deux secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie. Le cadre actuel de réglementation de ces deux secteurs est apparu comme suffisant pour permettre aux membres du Conseil d'émettre un avis auprès du ministre en matière de renouvellement des agréments.

Par contre, ils ont jugé qu'ils n'étaient pas en mesure de donner un avis sur les demandes complémentaires formulées par les services de ces deux secteurs, comme d'ailleurs ils l'auraient été face à toute nouvelle demande introduite par n'importe quel secteur. En cause, le manque d'un outil ou d'un cadre d'évaluation globale, intersectorielle, permettant de mesurer et d'apprécier les besoins de l'ensemble des institutions du social et de la santé en regard des priorités de besoins de la population bruxelloise. La construction de cet outil est précisément l'objet actuel du travail de recherche mené par les Assises de l'ambulatoire auxquelles participent tous les secteurs du social et de la santé de la Commission communautaire française. Le Conseil Consultatif demande que ce processus de construction d'un cadre d'évaluation intersectorielle soit poursuivi pour lui permettre de mieux remplir à l'avenir son rôle de conseil auprès des ministres en matière de politique de développement des secteurs qu'ils réglementent.

Au-delà des deux décrets concernés, c'est bien la politique de la santé qui est questionnée.

M. Charles Lejeune décrit la situation actuelle à Bruxelles.

La politique de santé à Bruxelles est, plutôt qu'un projet cohérent, un empilement de mesures ponctuelles, prises en fonction des majorités politiques, du lobbying des secteurs, de contingences financières, de la structure institutionnelle de la Belgique et du partage des compétences « santé ».

Le secteur ambulatoire peut se définir comme un ensemble de structures extra-hospitalières (pas toutes) nées spontanément par militantisme et pour répondre à des besoins de santé spécifiques non couverts par le système de santé traditionnel dans les années 70. Ce secteur est issu d'une histoire de positionnement idéologique de rupture : l'anti-psychiatrie, la prise en charge des usagers de drogue, la contraception et l'interruption de grossesse, le développement de l'aspect anti-commercial de la médecine, la prise en compte des réalités socioéconomiques et politiques etc.

La reconnaissance ultérieure par les pouvoirs publics a vu l'adoption d'une série de décrets « sectoriels » à cheval entre

le social et la santé, avec partage des compétences et des moyens disponibles. Depuis quelques années, ces secteurs vivent dans l'attente, la crainte, l'espoir d'un « méga décret chapeau » coiffant et uniformisant les décrets actuels.

Les secteurs sont également partagés entre la crainte et l'espoir de développer un recueil de données structurées et relativement standardisées pour évaluer les demandes mais aussi les besoins des populations consultantes.

Ils partagent le même sentiment d'espoir et de crainte de mettre sur pied un système d'évaluation au travers d'outils — par exemple, des rapports d'activités standards avec rubriques identiques —, à la fois quantitatifs et qualitatifs, dans une visée d'amélioration de la qualité des soins, avec dialogue permanent évalué/évaluateur, et intégrant le recueil des données.

Les secteurs subsidiés constatent et subissent les effets d'une dotation financière insuffisante de la Région de Bruxelles-Capitale.

Il note enfin le sentiment plus qu'une conviction raisonnée et étayée scientifiquement et/ou idéologiquement d'une nécessité de changement de la structuration actuelle du secteur ambulatoire. Il renvoie, à cet égard, aux Entretiens d'Egmont et aux Assises de l'ambulatoire.

M. Charles Lejeune présente les réflexions et les éléments d'analyse du groupe de travail du Conseil consultatif.

La question de la première (et de la seconde) ligne (9) traverse nos débats depuis 25 ans. Les uns et les autres y mettent des sens souvent différents et on assiste parfois à une concurrence un peu stérile entre secteurs qui se revendiquent tous, en tout ou en partie, d'une pratique de première ligne. Un peu comme si la première ligne était un plus incontournable pour légitimer nos actions. Cette tension peut être éclairée par les rappels suivants. Le législateur, en adoptant en 1995 les deux décrets santé mentale et toxicomanie, a voulu organiser, agréer et subventionner deux secteurs de deuxième ligne. Après dix ans d'expérimentation, il faut admettre que les services agréés opèrent tant en première qu'en deuxième ligne et que l'usager ne différencie pas ces lignes. Le motif de cette évolution repose essentiellement sur la carence, à Bruxelles, d'une offre de soins de santé primaire structurée et suffisante. Il rappelle, à ce sujet, la note présentée par les représentants de la Fédération des maisons médicales devant cette même commission.

Seule l'augmentation et la réorganisation de cette offre générale de soins de santé primaire et des dispositifs de première ligne permettraient d'améliorer l'accessibilité à celle-ci.

⁽⁹⁾ Annexe: vade-mecum.

Cette piste de travail, si elle était poursuivie, permettrait d'atteindre deux objectifs distincts : répondre plus adéquatement aux besoins de la population bruxelloise et éviter l'engorgement des services spécialisés de deuxième ou troisième ligne.

Le débat entamé au sein de la commission de la Santé à propos de ces deux secteurs renvoie donc à un questionnement plus vaste sur l'articulation des politiques ambulatoires à Bruxelles et plus largement des politiques sociales et de santé, qu'elles soient régionales, communautaires ou fédérales.

Au sein de la Commission communautaire française, le projet souvent évoqué d'un décret du type « pratiques ambulatoires » est, sans doute, une des pistes à même de favoriser l'intersectorialité et la mise en réseau plus systématique des pratiques en social/santé. M. Charles Lejeune relève que jusqu'à présent ce fameux décret n'a pas dépassé le stade des discussions, d'autant plus enflammées que très générales. Cela dit, un nouveau décret ne règlerait pas tout. Les difficultés rencontrées à orienter efficacement des usagers des services sociaux, à savoir les centres d'action sociale globale de santé mentale dits les « CASG » vers les services de santé mentale dits les « SSM » reflètent à la fois l'inflation des demandes sociales lourdes accompagnées par des problématiques de santé mentale et la difficulté des services sociaux et des centres de santé mentale d'y apporter, ensemble, des réponses suffisantes et adéquates. Les causes de ces difficultés sont multiples. Cependant, ce qui lui paraît essentiellement en cause, plutôt que la qualité du travail des équipes du secteur de la santé mentale ou du social, globalement apprécié et reconnu, c'est encore une fois le manque de dispositifs d'accueil de première ligne pour recevoir et traiter les demandes de ce type et l'absence d'une politique sociale/santé cohérente, globale et transversale. Il semble qu'un décret ambulatoire global pourrait entraîner une dynamique d'amplification des plus et des moins dans les secteurs sociaux et de santé et de dégager des cohérences nouvelles. Le décret pourrait tendre vers la construction d'un réseau global social/santé visant une meilleure adéquation des services agréés avec l'usager citoyen en situation de précarité grandissante. Mais à condition de poursuivre une ambition plus haute et certainement plus coûteuse que celle d'empiler sous un seul nouveau chapeau, chacun des sous-secteurs subsidiés par la Commission communautaire française.

Il s'agit donc de ne pas confondre les objectifs (une redéfinition au moins partielle des priorités et des modes d'intervention dans le champ ambulatoire) et les moyens (un éventuel décret qui viendrait donner forme aux conclusions d'un débat à mener). Et de penser cette réforme sans doute souhaitable à la mesure des moyens que pourrait ou non dégager la Commission communautaire française.

La politique de la Santé s'intègre dans un contexte de précarisation socio-économique pour un nombre important de Bruxellois. Certains membres du Conseil Consultatif mettent en évidence la perte de confiance de bon nombre d'usagers vis-àvis de la société et des institutions qui l'incarnent. Les processus de précarisation soulignés avec force par le rapport sur la pauvreté ont un effet de désaffiliation qui rendent l'offre sociale/santé en quelque sorte « illisible » ou pire, peu crédible pour bon nombre d'usagers. Cette idée renvoie à la carence de l'offre de soins primaires/première ligne.

D'autres souhaitent éviter que la précarisation ne débouche sur un processus de psychiatrisation/médicalisation. M. Charles Lejeune évoque le parcours du SMES (santé mentale/ exclusion sociale) qui est un projet transversal novateur entre le social et la santé mentale mais qui n'a toujours pas trouvé de stabilité financière structurelle après 10 ans d'existence alors que la pérennisation de ce projet lui semble évidente.

La précarisation sociale grandissante pour un nombre important d'usagers et de citoyens engendrée par des déficits macro sociaux dans des domaines clés comme les politiques de l'emploi et du logement, rend d'autant plus nécessaire le maintien et le développement d'un tissu ambulatoire social santé. Mais elle en marque aussi les limites qu'il est bon de rappeler sous peine d'entretenir d'inutiles malentendus. Le secteur ambulatoire, aussi efficace soit-il, n'a ni le pouvoir, ni la légitimité de réduire efficacement, à lui seul, la fracture sociale issue de l'éclatement du modèle social hérité des 30 glorieuses.

Il estime essentiel mais insuffisant que le secteur rappelle les limites des missions qui lui sont confiées par les pouvoirs publics et renvoyer un certain nombre de constats aux décideurs politiques. Il est également indispensable que les secteurs agréés prennent la pleine mesure de l'évolution de la demande sociale et proposent, autant que faire se peut, et à la mesure de leurs moyens et de leurs missions, d'embrayer sur des projets leviers visant de nouvelles méthodologies en matière de modes d'intervention du pouvoir public.

M. Charles Lejeune présente une synthèse des points forts et des points faibles des deux décrets et les souhaits du Conseil consultatif.

Il présente les points forts du décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale.

Le texte du décret est suffisamment ouvert pour y inscrire les pratiques de toutes les équipes tout en garantissant la mise en oeuvre des missions des services de santé mentale. Pour le dire de façon imagée, le décret détermine une architecture collective et permet à chaque service « d'habiter sa maison » comme il le veut, préservant, en cela, la créativité qui l'a fait naître.

Il permet de stabiliser les équipes autorisant un travail sur la durée, sans que, paradoxalement, l'avènement d'un déficit structurel ne soit empêché. Le décret consacre l'existence d'équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents dont le nombre a été renforcé récemment.

Il a permis une définition plus précise des missions en mettant l'accent notamment sur l'importance de l'accueil et sur la dimension sociale des interventions.

La notion de service de santé publique apparaît clairement dans le texte du décret.

En synthèse, le décret de 1995 pérennise les services et les inscrit dans une perspective sanitaire ambulatoire orientée par les notions de proximité et de coordination. Il met particulièrement en avant les pratiques d'intervention partenariales et la participation des services aux réseaux sociosanitaires. Plusieurs dispositions visent à l'amélioration de l'accessibilité aux soins et de l'accueil. La définition « généraliste » des services confirme leur caractère de prestataires en santé publique au service de l'ensemble de la population.

Il présente les points faibles du décret « santé mentale ».

Sur le plan des équipes, la fonction de coordination a été reconnue mais pas financée en tant que telle.

Le nombre d'emplois temps plein (ETP) calculé pour l'équipe minimum est jugé insuffisant pour pouvoir rencontrer les missions générales.

La fonction de secrétariat et d'accueil est indifférenciée dans le décret.

La charge administrative s'est accrue depuis l'application du nouveau décret.

Le texte du décret ne permet pas d'établir de distinction entre le projet de prévention et le projet spécifique.

Le décret n'est pas encadré de dispositions légales visant à penser une politique de santé mentale concertée entre les pouvoirs régionaux, communautaires et fédéraux.

Le Conseil consultatif souhaite que les équipes de santé mentale puissent servir de soutien/conseil/ressource auprès des équipes sociales pour aider à l'accompagnement des nombreuses problématiques touchant à la santé mentale.

M. Lejeune présente les points forts du décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies.

Il souligne que l'apport essentiel du décret via les services agréés et la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanie a été de participer au mouvement de dépénalisation de certaines pratiques de consommation de drogues. La poursuite de cette dépénalisation de l'usage des drogues ainsi que la mise en place d'une politique de réduction des risques liés à la consommation sont des enjeux politiques majeurs largement partagés par les membres de ce secteur et du Conseil consultatif.

Le décret n'a pas nivelé mais a stabilisé un secteur « patchwork » qui garde toutes ses facettes, lui a assuré une identité, une cohérence, une souplesse et donc lui a permis de rester créatif et réactif face aux changements.

En accordant une reconnaissance pluriannuelle, le décret a donné du souffle qui permet une réflexion et une programmation à moyen terme.

Grâce à une dynamique constructive avec l'administration, un processus d'évaluation – dialogue existe véritablement.

Le décret a été pensé de manière à autoriser le déploiement des spécificités de chaque service. Il autorise une approche « à la carte » du curatif à la prévention, de l'individuel au collectif.

Et en ce qui concerne les missions, la définition des missions, pour certaines associations, est adéquate et permet une interprétation souple. Pour d'autres, le flou persiste et il conviendrait au contraire de mieux définir certaines d'entre ces missions.

Il présente les points faibles du décret « toxicomanies ».

Pour certains, l'approche des usagers non demandeurs de soins, soit la clientèle des maisons d'accueil sociosanitaires dites les Mass sont négligés par le décret.

Selon d'autres, le décret ne permet pas suffisamment de développer les nouvelles « offres » ou « initiatives » en réponse à l'arrivée des nouvelles drogues, des nouvelles consommations.

Il présente les souhaits du Conseil consultatif.

Un décret assuétudes ou addiction ou dépendances incluant l'alcool, le tabac, les jeux pathologiques, les troubles alimentaires et autres ou alors, tout simplement, un décret usage de drogues.

Un décret qui garantisse les pratiques actuelles en formalisant la reconnaissance de nouvelles professionnalités comme les éducateurs, les infirmiers, les sages-femmes, etc.

De nouvelles missions pensées à partir de pratiques plus spécifiques devraient être adoptées : la réhabilitation des détenus, le « sortir - vers », l'« aller - à - la - rencontre », un axe de travail qui est pointé comme essentiel à certaines situations telles que les visites à domicile, le travail de rue, dans les squats, dans les lieux où ça « consomme ».

M. Charles Lejeune conclut son intervention en présentant les trois propositions du Conseil consultatif.

Le Conseil consultatif souhaite que les membres de la commission de la Santé plaident pour obtenir l'inscription, dans le budget 2006, d'une allocation budgétaire commune aux ministres des Affaires sociales et de la Santé. L'objectif est de voir financer et soutenir conjointement par les deux ministres concernés les projets transversaux comme le SMES et les réseaux de santé qui devraient d'ailleurs s'intituler social/santé, actuels et futurs, qui impliquent des intervenants des deux champs d'action.

En outre, et spécifiquement pour la santé, devant le flou des priorités ministérielles en Commission communautaire française, le Conseil consultatif souhaite participer avec les parlementaires à la définition des priorités que la commission de la santé déterminera à l'issue de l'ensemble des auditions autour des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie.

Dans cette optique, il paraît évident que de nouvelles réponses doivent être mises en place face à l'émergence de problématiques de santé mentale sur fond de désaffiliation sociale. C'est en effet l'ensemble de l'offre sociale en matière de santé publique qui souffre d'un manque de cohérence et de perspectives dans une ville comme Bruxelles. Les pratiques ambulatoires bruxelloises, aussi utiles et diversifiées qu'elles soient, ne peuvent être considérées comme une offre suffisante de soins de première ligne. Ce constat peut être établi d'autant plus sereinement que ces structures n'ont pas été mises en place pour répondre essentiellement à ce qui apparaît aujourd'hui à la fois comme un manque évident et dès lors comme un objectif incontournable à poursuivre. Ce débat a été ouvert au sein du Conseil consultatif à l'occasion des discussions du groupe de travail qui s'est penché sur les décrets « santé mentale » et « toxicomanie ».

Certaines pistes de travail, relatives à une restructuration de la première ligne et à l'amélioration de l'accueil d'urgence ambulatoire, ouvertes par les docteurs Michel Roland, pour les maisons médicales et Serge Zombek, pour la FEDITO, sont à débattre intersectoriellement au sein de la section « services ambulatoires » du Conseil consultatif. Ce sera l'objectif d'un nouveau groupe de travail qui se mettra en place dans les semaines à venir. M. Charles Lejeune propose de présenter les premières conclusions du groupe de travail devant les commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales au terme du premier semestre de l'année 2006.

MM. Philippe Van Muylder, président de la section « Services Ambulatoires » du Conseil Consultatif, et Charles Lejeune, secrétaire général de la Fédération des centres de service social, remercient les membres de la commission pour leur attention.

28. Discussion générale

Mme Magda De Galan, présidente, précise que les maisons d'accueil sociosanitaires dites les Mass sont des structures qui ont été créées postérieurement à l'entrée en vigueur des décrets santé mentale et toxicomanies.

- M. Charles Lejeune a cité cet exemple dans son exposé par rapport au type de population qui fréquente les Mass.
- M. Rachid Madrane (PS) s'interroge sur l'opportunité d'avoir un décret cadre reprenant l'ensemble des décrets existants dans le secteur des soins ambulatoires qui relèvent de la Commission communautaire française.
- M. Madrane constate que les familles concernées par un problème de drogue ne sont pas associées dans le parcours de sevrage de l'enfant ou du parent toxicomane et, par conséquent, sont souvent démunies.

Il demande, à cet égard, si de nouvelles expériencespilotes sur de nouvelles thématiques seront financées à l'avenir.

Il constate également que le prix du marché des drogues a fortement diminué, ce qui les rend plus accessibles qu'auparavant avec les conséquences désastreuses pour la santé et il demande si la politique en matière d'aide aux personnes toxicomanes ne doit pas être davantage soutenue en Région de Bruxelles-capitale et notamment par la reconnaissance de la réduction des risques (RDR).

Mme De Galan, présidente, suggère au groupe de travail du Conseil consultatif de mener une réflexion sur le concept de la première ligne afin de mieux cerner cette notion qui échappe souvent aux usagers.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) s'étonne que la notion de première ligne stigmatisée par le Conseil consultatif dans ses développements de la politique de la santé ne soit pas reprise dans ses propositions adressées à la Commission.

M. du Bus de Warnaffe demande au Conseil consultatif s'il s'agit d'un oubli ou si celui-ci considère, au contraire, que cette réflexion doit être menée sur le concept de première ligne qui est manifestement carentiel aujourd'hui à Bruxelles et, par conséquent, si elle constitue une priorité.

Dans l'affirmative, quelles sont les conséquences positives attendues par le Conseil consultatif sur l'organisation des services de santé mentale et actifs en toxicomanies ?

Il souligne le souhait du Conseil consultatif d'avoir un décret qui garantisse les pratiques actuelles du secteur.

A cet égard, M. du Bus de Warnaffe et Mme Saïdi estiment qu'un décret cadre doit être suffisamment souple pour permettre aux pratiques existantes de ne pas se figer mais d'évoluer avec le temps.

Mme Fatiha Saïdi (PS) s'interroge sur la forme de l'outil intersectoriel dont le Conseil consultatif souhaiterait disposer.

Elle souhaite avoir l'avis du Conseil consultatif sur la notion de réseau évoquée largement lors des précédentes auditions qui est parfois considéré comme un atout mais aussi par d'aucuns comme une contrainte, comme lorsqu'on leur impose la formalisation du partenariat sous la forme d'une convention par exemple.

Mme Saïdi demande si le milieu associatif est à même de restaurer la confiance des usagers envers les institutions de santé et du social.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) constate que les auditions menées dans le cadre de l'évaluation des décrets relatifs à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale et des services actifs en matière de toxicomanies ne concluent pas à la nécessité d'adopter un décret-cadre dans le secteur des soins ambulatoires alors que le Conseil consultatif plaide en faveur d'un tel décret qui aurait le mérite, selon lui, de définir le concept de la santé et de fixer les grandes priorités du secteur.

Elle s'interroge sur la méthodologie à adopter par la commission, à savoir, dans un premier temps, définir la notion de santé et, dans un deuxième temps, analyser les deux décrets spécifiques relatifs à la santé mentale et aux toxicomanies.

Le Conseil consultatif déplore l'absence d'un outil d'évaluation des besoins et des procédures existantes alors qu'il existe une institution bicommunautaire, l'Observatoire de la Santé et du Social qui dispose d'un recueil de données.

A cet égard, Mme Braeckman souligne la collaboration étroite entre l'Observatoire de la Santé et du Social et les Fédérations des services de santé mentale bruxellois et des services actifs en matière de toxicomanies et elle invite le Conseil consultatif de l'Aide aux personnes et de la Santé à en faire de même.

M. Van Muylder répond à M. Madrane que l'adoption d'un décret-cadre pour le secteur des soins ambulatoires nécessitera de dégager des moyens financiers importants pour la Commission communautaire française, ce qui ne lui semble pas être la meilleure solution vu le contexte budgétaire difficile de cette dernière.

Il pense qu'une solution à moindre coût consisterait pour les pouvoirs publics à laisser aux opérateurs de terrain des marges de manœuvres plus importantes afin de s'adapter aux réalités sociales de la Région de Bruxelles-capitale.

M. Van Muylder n'est pas favorable à un financement quinquennal du secteur dans la mesure où les services de santé mentale et les services actifs en matière de toxicomanies se sont développés au fil du temps sur le terrain et sont susceptibles d'évolution constante.

M. Charles Lejeune précise que le secteur associatif est financé à 95 % par les pouvoirs publics afin de répondre à ses missions d'intérêt général et rappelle que celui-ci souhaite conserver une liberté d'organisation de travail sur le terrain.

Il estime qu'avant d'aborder la problématique de l'adoption d'un décret-cadre ambulatoire qui ne doit pas se limiter, selon lui, à une gestion administrative des décrets existants mais à créer des avancées significatives, il faut déterminer les priorités auxquelles il faut répondre aujourd'hui.

Il informe que le groupe de travail qui sera mis en place par le Conseil consultatif aura pour mission de se pencher sur les nouvelles priorités socio-sanitaires en santé pour la Région de Bruxelles-Capitale.

L'examen de l'offre de première ligne sera au centre du débat qui devrait déboucher sur une analyse de la qualité des services de proximité rendus aux usagers socialement et économiquement défavorisés.

Il définit la première ligne comme étant l'endroit où la personne se rend spontanément déposer la plainte.

Concernant les nouveaux leviers et les nouvelles expériences pour les secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie, M. Lejeune informe la commission de ce que le Conseil consultatif a entendu récemment les exposés des Docteurs Michel Roland pour la Fédération des maisons médicales et Serge Zombek pour la Fédération des services actifs en toxicomanies et a trouvé opportun d'ouvrir un débat à partir de ces nouvelles pistes de réponses aux problèmes de la première ligne/soins primaires et de l'urgence sociale à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Il soutient le projet SMES qui est, selon lui, une expérience intéressante qui a posé les jalons d'une réflexion et d'une pratique entre les secteurs du social et de la santé à partir d'une constatation générale d'une augmentation importante des problèmes de santé mentale et dont la psychiatrie n'est pas la seule réponse.

Le Conseil consultatif reconnaît toute l'importance de la théorie de la réduction des risques qui doit être reconnue par toutes et tous comme une philosophie de travail.

M. Lejeune précise que, d'un point de vue pragmatique, la RDR permet aux centres de toxicomanies d'aider le mieux possible les personnes dépendantes qui, bien souvent, sont incapables de stopper leur dépendance à la drogue.

Il estime, par ailleurs, que d'un point de vue éthique, la théorie de la réduction des risques doit être reconnue pour la simple raison que l'on ne peut condamner davantage ceux et celles qui le sont déjà socialement.

Il ajoute que dans un climat social difficile (l'augmentation du chômage et l'explosion des loyers), une partie de la population fragilisée recourt parfois à la drogue pour adoucir son existence pénible.

M. Lejeune définit les soins de première ligne comme étant les premiers lieux d'expression des plaintes, des symptômes, et des problèmes de santé de la population, soit l'expression de la demande des soins des usagers qui correspondent théoriquement aux soins de santé primaire.

Il renvoie, à cet égard, au vade-mecum de définitions et de concepts rédigé à l'attention de la commission qui sera annexé au rapport.

Les soins de santé primaire sont les premiers lieux organisés de rencontres entre la demande de soin de l'individu et l'offre des services de soins sanitaires qui correspond aux soins d'accès le plus proche des usagers.

Il précise que les concepts de soins de première ligne et de soins de santé primaire sont des concepts intimement liés et souligne le manque crucial de cette offre de soins en Région de Bruxelles-Capitale.

Il souligne l'absence de dispositifs d'évaluation globale qui permette d'analyser l'évolution de la demande sociale et l'adéquation de l'offre des dispositifs sociosanitaires par rapport à celle-ci.

Il cite les Assises de l'ambulatoire qui ont eu le mérite de réunir l'ensemble des acteurs concernés des secteurs de la santé et du social, soit les associations, les administrations et les ministres compétents autour des thèmes de l'accueil, de la transversalité et de l'évaluation.

Il précise que l'ensemble des recommandations émises par les secteurs concernés et notamment celles relatives à l'évaluation intersectorielle sont consignées dans un cahier de charges de 2004, intitulé « Assises de l'ambulatoire social-santé bruxellois ».

Dans la pratique, il remarque que le secteur associatif et l'administration ont des contacts informels et il observe une attitude de dialogue constructif du secteur ambulatoire en Région de Bruxelles-Capitale.

Il estime, toutefois, ces avancées incertaines, aléatoires voire insuffisantes.

En 2005, une équipe de chercheurs a été mise en place et a pour objectif de faire l'inventaire des outils existants et de définir les souhaits du secteur et des pouvoirs publics avant de mettre en place des méthodes d'évaluation intersectorielle.

M. Lejeune souhaiterait qu'à l'avenir, les études relatives à l'évaluation du secteur ne soient plus financées par les seules fédérations des services de santé mentale et des centres de service social dont il assume le secrétariat général et il propose que celles-ci soient prises en charge par une faîtière des Fédérations à créer afin de légitimer le travail d'évaluation à caractère intersectoriel.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) souhaiterait que la réflexion concerne également les institutions bicommunautaires des secteurs concernés.

M. Van Muylder répond à Mme Braeckman que le Conseil consultatif n'entretient pas de lien structurel avec l'Observatoire de la Santé et du Social pour des raisons institutionnelles mais il précise qu'il s'agit souvent du même personnel qui est présent au sein des sections monocommunautaires francophones et bicommunautaires.

M. Lejeune répond à M. du Bus de Warnaffe que le débat sur les concepts de soins de première ligne et de soins primaires vient juste de s'ouvrir au sein du Conseil consultatif et, par conséquent, ne formule aucune proposition de changement de définition dans son exposé devant la commission.

Il répond à Mme Saïdi que les conventions de partenariats entre les acteurs de terrain et les pouvoirs publics pour organiser les réseaux doivent favoriser l'intersectorialité sans contraindre les associations à un formalisme qui serait contre-productif.

Il estime que la place du secteur associatif est essentielle pour accompagner une population défavorisée socialement et économiquement.

M. Lejeune pense que le secteur doit pouvoir régulièrement se remettre en question sur ses pratiques de terrain pour améliorer la qualité de service rendue aux usagers.

Le Conseil consultatif doit rappeler au gouvernement les priorités inscrites dans la déclaration gouvernementale à savoir l'emploi et le logement faute de quoi, les services rendus par le secteur associatif resteront limités.

Mme De Galan, présidente, observe que le travail réalisé par le secteur associatif consiste finalement à faire de la réduction des risques en réduisant la fracture sociale d'une population fragilisée. M. du Bus de Warnaffe (cdH) demande à M. Lejeune si la référence aux milieux de vie tels que l'école, le travail et le logement ne devrait pas être mentionnée dans la proposition formulée par le Conseil consultatif relative aux nouvelles missions spécifiques.

Il demande si une collaboration institutionnelle entre le médecin du service externe de prévention et de protection du travail et le Conseil consultatif est envisageable eu égard aux problèmes de santé mentale et de toxicomanies que peuvent rencontrer les travailleurs dans le milieu professionnel.

M. Lejeune répond que dans le cadre du milieu de l'entreprise, il existe une cellule « santé et entreprise » qui s'occupe des problèmes de toxicomanies que peuvent rencontrer les travailleurs et considère que cette unité effectue un travail utile.

Il précise que la FEDITO est présente dans la rue, se déplace à domicile en effectuant des visites en famille et est également présente dans le logement social via les antennes pour personnes toxicomanes dans les sociétés de logement.

Il estime que le travail communautaire est une piste de travail intéressante qu'il faut continuer d'exploiter mais il est, selon lui, illusoire de croire que cette approche particulière du travail social puisse tout régler. Si, comme il en est convaincu, le développement des problématiques de santé mentale est largement lié, auprès d'une population défavorisée, à la dégradation générale des conditions de vie alors que les réponses politiques prioritaires doivent effectivement être dirigées vers les secteurs de l'emploi, du logement et de la formation, comme conditions premières à la construction individuelle et collective.

29. Exposé de M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé

Le ministre remercie les commissaires de l'avoir invité à réagir aux auditions qui les ont occupés depuis un an. Ces auditions auront permis d'évaluer le travail réalisé et surtout d'identifier les défis à relever pour l'avenir.

Il souligne la qualité des débats qui ont suivi les auditions.

Pour tous ceux qui sont attachés aux valeurs démocratiques, il estime que la collaboration qui a eu lieu depuis le début de cette initiative d'évaluation entre l'exécutif et le législatif, majorité comme opposition est une chose extrêmement positive.

Le ministre expose que ses observations porteront tout d'abord sur les problématiques de santé mentale d'une part, et de toxicomanies d'autre part, pour, dans un troisième temps, envisager les questions qui traversent ces deux problématiques.

Il débute donc par le champ du décret concernant les services de santé mentale.

Lors de la séance du 9 mars 2005, le ministre avait repris dans son texte introductif les objectifs annoncés par le législateur décrétal de l'époque et les rappelle brièvement.

- Définir une programmation des services de santé mentale à l'échelon de la Région à partir de l'évaluation de la population afin de les rapprocher de celle-ci.
- Renforcer les collaborations sur un territoire déterminé. Il s'agissait de demander aux services de jouer un véritable rôle de coordination tant avec les intervenants de première ligne que sont les médecins généralistes qu'avec les maisons médicales ou les centres d'aide aux toxicomanes.
- Assurer la participation des services de santé mentale à l'identification des besoins de la population en leur demandant de récolter les données utiles.
- Renforcer l'autonomie de gestion des services de santé mentale.
- Evaluer régulièrement les services de santé mentale dans le cadre d'une programmation globale et d'un agrément pluriannuel de cinq ans.
- Intégrer les nouveaux outils de la santé mentale en précisant la mission de la plate-forme de concertation et celle de la Ligue francophone de santé mentale en organisant la concertation avec les acteurs concernés dans le cadre du conseil consultatif.

Parmi ces objectifs, le ministre estime que deux doivent « être remis sur le métier ».

Il s'agit de la programmation et du recueil de données. Cela a été acté durant les auditions, le nord de Bruxelles est mal couvert, l'offre est encore insuffisante pour les habitants des communes de Berchem, Ganshoren, Koekelberg, Jette, etc.

Le ministre précise que le recueil des données est en cours d'élaboration.

Les auditions et les débats qui les ont suivies ont mis un élément essentiel en lumière : le lien évident entre les difficultés sociales de la population bruxelloise et la demande en matière de santé mentale. La souffrance psychosociale est en croissance.

A Bruxelles, les services de santé mentale inscrivent leurs actions dans un contexte urbain marqué par l'accentuation

des inégalités sociales. Ceci a pour conséquence l'augmentation des pathologies qui mêlent le social, le médical et l'environnemental. On pense également à la rupture du lien social et au vieillissement de la population. Pourtant, la stratégie curative et thérapeutique est considérée par beaucoup de professionnels de la santé mentale comme étant l'angle d'attaque privilégié.

Si cette stratégie est nécessaire au développement du capital santé des Bruxellois, le ministre estime que celle-ci ne suffit pas puisqu'une telle stratégie n'offre qu'une réponse partielle, et souvent bien tardive, à des problèmes de santé qui peuvent – et doivent – être pris en compte en amont. Autrement dit, il convient de se poser les questions suivantes : faut-il augmenter le financement des politiques curatives ou renforcer les politiques de logement, d'emploi, de revitalisation des quartiers, d'éducation, etc. qui vont offrir aux citoyens des conditions de vie qui sont également des conditions de santé y compris mentale ? Il convient d'infléchir une approche axée parfois trop exclusivement sur la réparation de la maladie.

Dans le cadre de sa déclaration de politique générale, le gouvernement a décidé de faire de l'emploi, du logement et, pour la Commission communautaire française, de la formation et de la cohésion sociale, ses quatre priorités. Ces décisions ont pour effet de développer des conditions favorables à l'amélioration de la santé mentale des Bruxellois.

S'il est illusoire de penser que toutes les difficultés de santé mentale peuvent être rencontrées par une amélioration globale du cadre de vie, le ministre pense néanmoins que bien des souffrances psychiques pourraient être évitées ou diminuées par l'amélioration des conditions de vie des concitoyens.

Aujourd'hui, sur base des auditions et des débats qui s'en sont suivi, le ministre constate que le décret « santé mentale » est un bon décret et qu'il constitue une base législative suffisante pour offrir une réponse de qualité aux Bruxellois en matière de santé mentale.

Cependant, il souhaite, aujourd'hui, faire part des priorités qui seront les siennes en la matière, priorités qui se traduiront notamment lors du renouvellement d'agrément des services à la date du 1^{er} janvier 2009.

1. La première priorité sera d'augmenter le lien entre les services de santé mentale et les autres acteurs bruxellois de la santé et de l'aide sociale. Dès lors, et pour être plus clair, le ministre soutiendra particulièrement les institutions qui travaillent en réseau. Cet outil lui semble pertinent pour offrir une réponse plus adaptée à la demande de l'usager mais également aux attentes des autres professionnels de la santé et du social. Il trouve particulièrement interpellant d'entendre que malgré l'existence de 21 services de santé

mentale correspondant à 191 emplois temps plein (ETP), des médecins généralistes, des travailleurs en maisons médicales, des services à domicile lui disent ne pas recevoir de réponses satisfaisantes lorsqu'ils interpellent certains services de la santé mentale.

- 2. La deuxième priorité sera d'améliorer l'accessibilité aux soins. Le ministre accordera un soutien particulier aux services qui vont vers la population, en particulier celle qui a plus difficilement accès aux soins de santé mentale.
- Un troisième défi sera d'améliorer la couverture du Nord de Bruxelles.
- 4. Enfin, le ministre envisage de soutenir les équipes « enfants ». Il lui semble évident que les familles bruxelloises doivent particulièrement être accueillies dans les services et les parents soutenus et accompagnés s'ils le souhaitent ou s'ils en éprouvent le besoin.

Au-delà de ces priorités, un travail est en cours sur le recueil des données, en collaboration avec la fédération des services de santé mentale et de la Ligue. Un budget de 130.000 € répartis sur trois années a été octroyé pour mettre en place ce recueil des données. Les premières données concernant l'ensemble des services agréés en Commission communautaire française vont être récoltées en 2006. Ces données seront encore incomplètes dans la mesure où cellesci ne concernent que le profil sociologique des patients, mais elles permettront déjà de mieux appréhender la réalité culturelle, sociale et économique des bénéficiaires des services de santé mentale. En la matière, le ministre a choisi d'opter pour une approche concertée avec le secteur afin d'obtenir des chiffres scientifiquement pertinents et utiles à la réflexion politique. Le ministre précise que des contacts doivent d'ailleurs être pris avec l'Observatoire bruxellois du social et de la santé. Il souhaite trouver la manière la plus adéquate d'accroître la collaboration du secteur avec cette institution.

Le ministre a également entendu d'autres demandes du secteur qui portent sur le cadre du personnel comme le financement de l'accueil et le financement des coordinations administrative et médicale.

Il a également entendu la demande d'augmentation de frais de fonctionnement ainsi que les demandes de soutien aux travailleurs « non Commission communautaire française » dans le cadre de l'application de l'accord du non-marchand.

Compte tenu de la situation budgétaire de la Commission communautaire française et compte tenu des efforts déjà consentis (augmentation des effectifs de 39 ETP depuis 1997 et création de 6 nouveaux services dont 1 est aujourd'hui fermé), le ministre a le regret d'informer que des efforts supplémentaires ne sont pas envisageables actuellement.

Par contre, il garantit aux travailleurs du secteur le maintien du volume de l'emploi actuel et les rassure à ce sujet.

Ce postulat étant posé, le ministre invite les parlementaires à réfléchir ensemble à une amélioration de l'offre sur la base des priorités évoquées, sans augmenter l'enveloppe budgétaire.

La piste qu'il souhaite poursuivre et exploiter est celle de la recherche de moyens financiers en provenance de l'Etat fédéral. Le ministre précise que cette recherche de moyens financiers ne doit pas mettre à mal la spécificité bruxelloise des services de santé mentale et se fera avec la prudence qui s'impose.

Enfin, le ministre s'engage à débuter une réflexion ayant pour objet la simplification administrative. Son premier interlocuteur en la matière sera l'administration mais le travail se fera avec la participation du secteur.

Concernant les services actifs en matières de toxicomanies, le législateur avait, comme le ministre l'avait exposé lors de la séance du 9 mars 2005, prévu les lignes directrices suivantes :

- assurer une évaluation régulière des services à partir d'une convention individuelle;
- renforcer les collaborations avec les personnes et les institutions concernées par les toxicomanes en développant le travail en réseaux;
- assurer la participation des services à l'identification des besoins de la population en leur demandant les données utiles à cet effet.

Si, à l'écoute et à la lecture des auditions, ces objectifs semblent avoir été atteints, le décret ne définit pas la notion de « toxicomanies ». Or, l'histoire du secteur, comme cela a été rappelé, a été conditionnée par la définition de cette notion. Ce secteur s'est en quelque sorte construit autour du traitement et de l'accompagnement de consommateurs de drogues principalement illégales.

Il y a 10 ans, lorsque le décret était mis en place, il stabilisait les services œuvrant prioritairement en faveur des consommateurs de drogues illicites. Aujourd'hui, de l'avis même des représentants du secteur, le mode de consommation a changé. On constate aujourd'hui, parmi les demandeurs d'aide et de soins une « poly-toxicomanie » : les usagers ne consomment plus uniquement de l'héroïne, mais de l'héroïne parfois, de l'alcool souvent, des médicaments, du cannabis, de la cocaïne, etc.

Le ministre constate que les services se sont donc adaptés à l'approche d'une consommation multiple.

Par ailleurs, la société, par le regard qu'elle porte sur le traitement du consommateur de drogue illégale, a évolué. Aujour-d'hui, le traitement de substitution est autorisé – cadré! – mais autorisé. La notion de réduction des risques (au travers d'actions telles que l'échange de seringues,...) est admise par tous et progressivement soutenue par les pouvoirs publics.

Compte tenu de cette évolution, le ministre estime nécessaire de préciser dans le décret, la notion de « toxicomanie ».

Durant les auditions, il a constaté que la question de la formulation des missions a été abordée notamment par le biais des interrogations suivantes.

- Faut-il maintenir une mission d'accompagnement distincte de la mission de réinsertion ?
- Doit-on préciser la notion de prévention ?
- La réduction des risques doit-elle être inscrite comme mission à part entière ?

Toutes ces questions sont posées sans que, à ce stade, une réponse unanime émerge.

Pour répondre à ces deux débats qui concernent la définition de la notion de « toxicomanies » et la formulation des missions des services actifs en matière de toxicomanies, le ministre propose une méthode en deux temps.

Premièrement, le ministre va créer, avec la FEDITO, un groupe de travail auquel participera l'administration. Ce groupe de travail aura pour objectif de formuler des propositions qui seront par la suite présentées à la commission qui, dans un deuxième temps, entamera le travail parlementaire.

Par ailleurs, ce travail devrait prendre en compte une série de priorités que le ministre souhaite énoncer et qui découlent directement des informations qu'il a obtenues, d'une part, du secteur bruxellois et, d'autre part, du travail mené par le collège des experts créé conjointement par la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française

En matière de tabac, la priorité doit être mise sur des actions visant la prévention de la consommation. L'Etat fédéral, outre l'interdiction de fumer sur le lieu de travail, a pris une série de mesures pour soutenir le sevrage tabagique. Celles-ci devraient être amplifiées notamment en ce qui concerne le remboursement des traitements.

Par ailleurs, des mesures sont en réflexion en la matière pour intervenir dans les écoles au niveau de la Communauté française.

Le ministre pense que le public plus précarisé qui vit en dehors des circuits du travail ou en dehors des circuits sco-

laires, est moins touché par ces actions et qu'il faut, dès lors, envisager des actions spécifiques envers ces personnes. Pour rencontrer cet objectif, il a sollicité la FARES afin qu'elle lui propose, en concertation notamment avec le secteur des maisons médicales, des pistes d'actions concrètes vis-à-vis de ce public.

En matière d'alcool, la préoccupation porte particulièrement sur la consommation des jeunes et surtout sur la banalisation de cette consommation, banalisation liée, entre autres, à la facilité d'accès. En ce sens, et en concertation avec ses collègues francophones, le ministre envisage d'interpeller le ministre fédéral en charge de la Santé pour limiter les points de vente.

La question de consultations spécifiquement réservées aux jeunes doit être examinée avec une attention particulière.

D'une manière générale, les professionnels constatent l'évolution incessante des produits et des modes de consommation. De nouvelles drogues arrivent sur le marché. Cette situation exige une information et une formation continue des intervenants généralistes et spécialisés afin de maintenir une attention soutenue par rapport aux nouvelles tendances.

Pour ce faire, la mise en réseau, au plan local, de tous les acteurs, pourrait faciliter l'échange régulier des connaissances et des bonnes pratiques. Il s'agit donc de promouvoir l'information, la formation et le dialogue, en un mot, la mise en réseau des professionnels.

On constate l'augmentation régulière de la « désinsertion » sociale de la population qui fréquente les centres de soins. C'est en partie pour cette raison et pour cette population en marge même du circuit des soins spécialisés que les maisons d'accueil socio-sanitaires (les M.A.S.S. créées sous l'égide de Mme Magda De Galan comme cela a été rappelé positivement par le secteur) avaient vu le jour au milieu des années 90. Transit, hébergement d'urgence à Bruxelles, a été mis en place à la même époque. Dès lors, malgré l'extension et la diversification des offres, il reste nécessaire d'aller au devant, d'aller vers certains consommateurs qui, pour diverses raisons, psychologiques ou sociales n'entrent pas facilement en contact avec les structures de soins. On retrouve, ici, la même logique qu'en santé mentale. Des actions ciblées doivent être menées dans la rue, dans les hôpitaux, dans les lieux d'asile mais aussi dans les lieux festifs. Il convient de promouvoir à leur adresse des actions dites de réduction des risques liés à l'usage des drogues. Ces actions visent à améliorer la santé, le confort de vie, l'adhésion aux traitements physiques, en des lieux qui n'ont pas le traitement de la toxicomanie pour vocation première. Il importe également de veiller à ce que les personnes incarcérées bénéficient d'un accès au traitement identique à celui proposé en dehors des prisons.

Des partenariats entre les acteurs de la santé et les acteurs de la Justice pourraient certainement favoriser ce travail en faveur des détenus.

Le ministre souhaite s'engager dans la voie d'un véritable accès des services de soins pour tous les publics y compris les personnes incarcérées.

Il termine, en identifiant un chantier laissé depuis trop longtemps en friche. L'information, l'aide aux parents de consommateurs et leur prise en compte plus systématique tout au long de prises en charge constituent des axes fondamentaux de la politique à mener.

Les parents et les proches doivent absolument bénéficier d'aide, d'information et de soutien adéquats.

Le ministre s'engage ici aussi, vis-à-vis du secteur des services actifs en matière de toxicomanies à garantir le volume d'emploi actuellement affecté et il souhaite vivement que la perspective de modification du décret soit envisagée dans ce cadre.

Il attire l'attention des parlementaires que ce secteur, reçoit des moyens importants provenant de l'Etat fédéral par le biais des hôpitaux, des conventions fonctionnelles pour toxicomanes, de l'INAMI et des contrats de sécurité. Ceci représente 88 % des sommes dépensées dans le cadre des assuétudes.

Il faut souligner cependant que les Régions et les Communautés font des efforts substantiels. Une étude récente intitulée « la politique de drogues en chiffres » commanditée par le Service public fédéral de Programmation de politique scientifique fait état de ce que le secteur assistance aux toxicomanes a été financé en 2005 de la manière suivante :

- Communauté française : 1.353.601 €

- Communauté Flamande : 2.317.282 €

Communauté germanophone : 385.370 €

Région wallonne : 1.390.242 €

- Commission communautaire commune : 210.000 €

Commission communautaire française : 3.429.000 €

Le ministre souligne que c'est la Commission communautaire française qui s'investit le plus. Le budget bruxellois représente plus du double de l'investissement wallon.

Il soutiendra donc le secteur bruxellois vis-à-vis de la Communauté française et de l'Etat fédéral. Enfin, le ministre rappelle ses priorités en matière de santé, celles-ci sont d'ailleurs inscrites dans la déclaration gouvernementale :

- évaluer les services apportés par les secteurs ambulatoires;
- renforcer le rôle des médecins de première ligne et la prévention;
- développer la démarche d'action communautaire;
- développer le soutien du travail en réseau, c'est-à-dire améliorer l'offre de soin de façon plus intégrée, en lien avec les dispositifs d'action sociale;
- renforcer l'information des services existants;
- agir pour une prise en charge la plus précoce possible, notamment dans son soutien aux services de lutte contre les toxicomanies.

Dès lors, pour l'ensemble des secteurs de la santé et en particulier ceux de la santé mentale et des toxicomanies, les priorités du ministre seront de mettre du lien entre les acteurs, d'obtenir des données quantitatives pertinentes afin d'envisager ensuite, avec le secteur, l'évaluation qualitative. Il s'agira également de simplifier le travail administratif des associations.

Le ministre rappelle également que malgré les difficultés budgétaires existantes, le gouvernement, lors de l'élaboration du budget voté par le parlement, a dégagé un montant de 500.000 € pour couvrir les frais résultant de l'application des accords du non-marchand et incombant aux employeurs, et pour des travailleurs qui ne sont pas repris dans le cadre agréé de la Commission communautaire française. Cette action constitue une réponse à une demande prioritaire de l'ensemble des acteurs du secteur non marchand et du secteur de la santé en particulier.

En conclusion, en matière de santé mentale, le ministre n'a pas l'intention de modifier le décret actuellement mais il privilégie l'analyse de toutes les pistes qui permettraient au secteur bruxellois d'obtenir des moyens financiers de l'Etat fédéral.

En matière de toxicomanies, il ouvre le débat sur le décret en concertation avec le secteur et il viendra présenter les conclusions du groupe de travail dès que celles-ci seront finalisées.

Le ministre remercie les commissaires pour leur attention.

30. Discussion générale

Mme Magda De Galan, présidente, remercie le ministre et propose de communiquer par courrier le texte de son intervention aux membres de la commission afin qu'ils puissent déjà y travailler.

Mme Magda De Galan estime que la collaboration qui a eu lieu depuis le début de cette initiative d'évaluation des décrets entre l'exécutif et le législatif, majorité comme opposition, est une bonne méthode de travail.

La présidente observe que l'échantillonnage d'auditions déjà réalisées est suffisant et que la commission peut dès lors entamer un travail d'évaluation des décrets en matière de santé mentale et de toxicomanies.

Mme De Galan prend acte que le ministre consultera les secteurs concernés ainsi que leurs différentes composantes.

Mme Fatiha Saïdi (PS) demande au ministre s'il n'est pas préférable de limiter, voire d'interdire l'accès aux points de vente d'alcool et de tabac aux mineurs plutôt que de limiter ces points de vente.

Par ailleurs, sur la question des réseaux dont le ministre a annoncé le développement, Mme Saïdi précise qu'elle partage cet avis et se réjouit de l'existence de dix réseaux déjà financés par la Commission communautaire française. Néanmoins, elle relaie l'inquiétude de quelques acteurs du terrains auditionnées qui, tout en appréciant l'échange de bonne pratique, la concertation voire la coordination, s'inquiétaient de voir se dégrader les relations de travail soit par des contraintes de procédure administrative, soit par des injonctions forcées émanant des autorités subsidiantes.

Elle s'interroge sur l'avenir réservé aux nouvelles initiatives qui existent sur le terrain depuis plus de dix ans et elle émet quelques vives inquiétudes au sujet de leur précarité.

Enfin, Mme Saïdi constate que la politique de la santé prend en charge les usagers mais que, comme il a été démontré aussi durant les auditions de la commission, elle a tendance à négliger leur famille. A cet égard, elle demande au ministre si une aide aux familles est envisagée.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) s'interroge sur les outils qui seront utilisés dans le cadre de l'évaluation de la programmation. Elle souhaiterait savoir si le recueil de données est le seul outil de travail ou s'il existe d'autres données.

Mme Braeckman plaide pour une politique de santé globale qui comprend à la fois un volet préventif et un volet curatif.

Au même titre que Mme Saïdi, elle soutient le développement des réseaux et elle demande au ministre de les doter de moyens financiers suffisants pour une durée suffisante (pas nécessairement limitée à une année) afin de leur assurer une viabilité légitime.

Enfin, Mme Braeckman demande si le montant de 500.000 € inscrit au budget 2006 (retards dans les secteurs non marchands) est suffisant pour financer l'ensemble des associations actives dans le secteur de la santé mentale y compris les rémunérations des travailleurs non agréés dans un cadre décrétal.

Mme Céline Delforge (Ecolo) s'interroge sur la pertinence du terme « toxicomanies » et elle plaide pour une révision de cette notion telle que mentionnée dans le décret.

Elle souligne l'importance des pratiques de réduction des risques en matière de lutte contre la toxicomanie.

Elle rappelle une des priorités du ministre, la lutte contre le tabagisme qui, elle le reconnaît, est un grand problème de santé publique.

A cet égard, Mme Delforge soutient les mesures de remboursement de traitements telles qu'envisagées par le ministre mais elle attire l'attention sur le fait que les fabricants des produits de substitution pratiquent des prix étonnamment élevés et qu'il faudrait faire pression pour que ces prix baissent, le but des pouvoirs publics n'étant pas d'enrichir l'industrie pharmaceutique.

Elle soutient également les actions spécifiques en matière de santé vers un public défavorisé.

Elle demande s'il existe des statistiques disponibles quant à la consommation d'alcool auprès des jeunes en Région de Bruxelles-Capitale.

Elle estime qu'il est plus utile de combattre la publicité pour les produits alcoolisés plutôt que de limiter la disponibilité des produits en limitant les points de vente.

Elle soutient la politique du ministre qui tend aussi à l'accès aux soins au personnel incarcéré et qui instaure l'aide aux familles des usagers, familles qui se trouvent souvent démunies face à des situations de crise.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) se réjouit du maintien de l'emploi dans les secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie alors que la Commission communautaire française connaît des difficultés d'ordre budgétaire importantes.

M. André du Bus de Warnaffe soutient la politique de développement des réseaux au même titre que Mmes Saïdi et

Braeckman et il attire également l'attention sur l'excès de formalisme qui peut s'avérer néfaste pour le travail en réseau.

Il observe que le recueil de données soulève des questions d'ordre éthique mais qu'il reste un outil indispensable pour guider le gouvernement dans ses choix politiques.

Enfin, M. André du Bus de Warnaffe s'interroge sur les priorités du gouvernement quant à l'accessibilité aux soins de santé, et aimerait savoir si des thématiques spécifiques en matière de toxicomanie seront développées ou si des collaborations sont envisagées avec certains organismes existants.

M. Rachid Madrane (PS) se réjouit de la politique d'aide en faveur des parents des usagers de drogues et il demande sous quelle forme cette aide sera octroyée.

Il souligne l'importance du travail de rue réalisé par l'asbl Dune et il demande au ministre que cette association puisse bénéficier d'une agréation au même titre que les autres services actifs en matière de toxicomanie.

Mme Fatima Moussaoui (cdH) se réjouit également de la politique de soutien du ministre en faveur des parents de toxicomanes. Elle demande s'il existe des études sur les effets des nouvelles drogues qui se trouvent actuellement sur le marché.

Mme Souad Razzouk (MR) se réjouit de pouvoir débattre sur l'évaluation du décret « toxicomanies » qui vise, selon elle, toutes les formes d'assuétudes notamment l'alcoolisme, le tabagisme et les autres formes de dépendances.

Elle se félicite au même titre que M. André du Bus de Warnaffe du maintien de l'emploi dans les secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale.

Il faut, selon elle, pouvoir définir dans le décret la notion de « toxicomanies » et les missions des services actifs en ce domaine et plus précisément la mission d'accompagnement.

Elle regrette que certains projets intéressants en matière de santé trouvent certaines difficultés à être financés en Région de Bruxelles-Capitale et elle évoque, à cet égard, des raisons institutionnelles, le morcellement des compétences en matière de santé entre l'Etat fédéral et les entités fédérées.

En matière de lutte contre le tabagisme, Mme Razzouk souhaite savoir si le ministre a rencontré l'association « Les amis de Jules Bordet » qui développe des projets très intéressants en matière de sevrage tabagique.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) demande que les institutions qui établissent des statistiques dont notamment l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de BruxellesCapitale puissent faire la distinction entre les différents problèmes de santé mentale.

En effet, elle souligne qu'une dépression, une maladie neuro-dégénérative ou un problème d'assuétude ne nécessitent pas le même traitement thérapeutique.

Mme Rousseaux déplore le manque de places d'accueil pour les enfants autistes en Région de Bruxelles-Capitale.

A cet égard, elle demande au gouvernement d'accorder une aide prioritaire aux personnes atteintes de maladies mentales graves comme aux familles d'enfants autistes qui ne sont pas responsables de leur maladie, alors que les personnes toxicomanes ou souffrant d'assuétudes ont plus de possibilités de se sortir de leur situation.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) constate que si le décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies modifie les missions telles que définies à l'article 7 du décret, des initiatives pourraient être agréées par le décret et de nouvelles initiatives pourraient voir le jour.

En ce qui concerne les initiatives qui ne peuvent pas être agréées par le décret mais qui se révèlent être indispensables, Mme Braeckman plaide pour une pérennisation du financement de ces initiatives sur plusieurs années afin de permettre à ces associations de construire un projet à long terme.

Mme Magda De Galan, présidente, donne la parole à M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé, pour répondre aux divers intervenants.

M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé, répond à Mme Fatiha Saïdi qu'il souhaite limiter les points de vente d'alcool ainsi que l'accès de ces points de vente notamment dans les gares afin d'éviter trop de tentations pour les mineurs d'âge.

Concernant le travail en réseau des services de santé mentale et des services actifs en matière de toxicomanies, le ministre souhaite favoriser les échanges de bonnes pratiques et il encourage ces services à se constituer en réseaux qui ont, par ailleurs, démontré toute leur utilité.

Concernant les nouvelles initiatives, le ministre déclare que le débat qui s'ouvre dans le cadre de l'évaluation du décret « toxicomanies » permettra de tenir compte des nouvelles initiatives qui pourraient être agréées dans le décret à l'occasion de la redéfinition de la notion des missions visées à l'article 7 du décret.

Le ministre précise à Mmes Fatiha Saïdi et Dominique Braeckman que le gouvernement a pris la décision pour 2006 de ne pas agréer de nouvelles initiatives vu le contexte budgétaire difficile de la Commission communautaire française. Le ministre n'exclut toutefois pas la possibilité pour les initiatives déjà existantes et qui respectent les conditions du décret d'être agréées dans les prochaines années.

Concernant la problématique de l'évaluation du suivi du processus des Assises de l'ambulatoire, le ministre précise qu'il aura l'occasion de répondre aux interpellations de Mmes Dominique Braeckman et Souad Razzouk sur le sujet en séance plénière, le vendredi 5 mai prochain.

Il précise qu'il faut pouvoir disposer de données quantitatives qui constituent un préalable nécessaire pour réaliser une évaluation qualitative.

Concernant l'aide aux familles des personnes toxicomanes, le ministre a l'intention de consulter les représentants du secteur actif en matière d'aide aux personnes toxicomanes, à savoir la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes et que cette aide pourrait prendre la forme de campagnes d'informations, de conférences et de mises en place de groupes de parole pour accorder une assistance aux familles.

Le ministre partage l'avis de Mme Céline Delforge quant au coût onéreux des frais pharmaceutiques liés à une thérapie de sevrage mais il précise que cette matière relève de la compétence de l'Etat fédéral.

Il informe que l'Observatoire de la Santé et du Social dispose de statistiques concernant la consommation d'alcool auprès des jeunes et il renvoie à cet égard au site de cette institution pour toute information complémentaire.

Le ministre se dit également préoccupé par le travail de prévention qui doit également se faire en milieu carcéral et il informe à cet égard qu'un protocole d'accord entre la Commission communautaire française et la Justice est en cours de réflexion au sein du secteur.

Le ministre précise à Mme Souad Razzouk qu'il a déjà eu l'occasion de rencontrer l'association « Les amis de l'institut Jules Bordet » et il ajoute à cet égard que le personnel de l'administration de la Commission communautaire française et de son cabinet ont eu l'occasion de suivre un traitement thérapeutique de sevrage de tabac et que cette expérience a engendré d'excellents résultats. Il informe la commission de ce que le Fonds des Affections respiratoires (FARES) dans le cadre du Fonds tabac est financé par l'Etat fédéral.

Nonobstant la situation financière difficile de la Commission communautaire française, le ministre est conscient qu'il faudra aller vers une amélioration de la couverture en santé mentale plus particulièrement au nord du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. A cet égard, le ministre privilégie la politique de développement des réseaux avec un financement de l'Etat fédéral.

Dans le cadre de la conférence interministérielle, M. Rudy Demotte, ministre fédéral de la Santé, s'est engagé à améliorer le partenariat entre l'Etat fédéral et les Régions.

A la Commission communautaire française, le ministre s'engage à trouver des pistes pour assainir les finances de la Commission communautaire française et à obtenir un meilleur financement indispensable pour cette institution.

Le ministre précise à M. Rachid Madrane que l'agréation de l'association Dune est envisageable dans le cadre d'une révision de l'article 7 du décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies.

Concernant la problématique spécifique du manque de places d'accueil pour les enfants autistes, le ministre répond à Mme Jacqueline Rousseaux que Mme Evelyne Huytebroeck, ministre en charge de la Politique d'aide aux personnes handicapées, est interpellée sur le sujet à l'occasion de la séance plénière du 5 mai prochain. Le ministre précise à Mme Rousseaux que l'état de dépendance n'est pas un choix en soi et qu'il n'y a donc pas lieu de faire la distinction entre les personnes dépendantes et celles qui auraient choisi de l'être.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR) lui répond qu'elle souhaite simplement vu les moyens limités de la Commission communautaire française, que les personnes les plus démunies de la société, c'est-à-dire celles atteintes de maladies mentales graves, voire irréversibles, soient traitées prioritairement afin de pouvoir bénéficier d'une assistance dont elles ont besoin. Elle fait référence à cet égard aux services d'accueil, aux services d'aide à domicile et à la problématique du manque de places pour les enfants autistes notamment.

M. Paul Galand (Ecolo) informe qu'un collège d'experts a déposé récemment un rapport comprenant septante-cinq recommandations en matière d'assuétudes et qu'à cette occasion le ministre, M. Benoît Cerexhe, et ses collègues francophones de la Communauté française et de la Région wallonne ont décidé de mettre sur pied un plan opérationnel et stratégique afin de prioriser certaines de ces recommandations.

M. Galand demande au ministre s'il peut tirer des enseignements suite au débat qui a eu lieu en commission de la Santé sur l'évaluation du décret « toxicomanies ». Il annonce qu'à l'approche de l'année 2007, une réflexion institutionnelle est en cours au sein des différentes entités belges francophones en vue de faire l'état des lieux des compétences transférées en 1993 et le point sur les coopérations entre la Commission communautaire française, la Région wallonne et la Communauté française.

Dans le cadre de l'élaboration du recueil des données, M. Galand demande d'accorder une place importante à la récolte de la parole des citoyens afin de transposer l'expression de la souffrance sociale de la population dans ce recueil.

M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé, précise que la rédaction du plan opérationnel mettant en réponse aux septante-cinq recommandations du collège d'experts est en cours de réalisation.

Le ministre confirme que les gouvernements fédéral et fédérés mènent actuellement une réflexion sur le découpage artificiel des matières de la Santé et que des ajustements institutionnels pourraient être opérés.

Il reconnaît que ce morcellement des compétences en matière de santé a été effectué principalement pour des raisons budgétaires et non pas dans une intention d'une plus grande efficience.

M. Paul Galand (Ecolo) souhaite, à cet égard, que le travail d'évaluation des décrets en santé mentale et en toxicomanies qui a été mené en commission de la Santé puisse aboutir à des recommandations qui permettraient d'éclairer le gouvernement fédéral ainsi que les gouvernements des Communautés et des Régions sur des meilleures synergies et des répartitions rationnelles de compétences.

M. Benoît Cerexhe, président du gouvernement, ministre en charge de la Santé, rassure M. Paul Galand que la parole des citoyens sera prise en compte dans le cadre de l'élaboration du recueil de données et il informe qu'il consulte à ce sujet les secteurs concernés.

M. Paul Galand (Ecolo) rappelle qu'il est très important de subsidier les associations qui ont pour vocation d'être des endroits de parole et qui aident les personnes défavorisées.

La représentante du ministre, Mme Dominique Maun, précise à Mme Fatiha Saïdi qu'un travail de récolte de données en matière de santé mentale est en cours de réalisation en concertation avec la Fédération des services de santé mentale et la Ligue francophone bruxelloise de santé mentale et l'administration de la Commission communautaire française.

L'objectif de cette étude est de définir une procédure d'uniformisation des données de manière transversale afin d'assurer la collecte des données et de les communiquer à l'Observatoire de la Santé et du Social. Elle précise que pour pouvoir déterminer des problèmes spécifiques, il faut d'abord recueillir des données quantitatives (à titre d'exemples, le niveau d'études, l'âge, l'identité du bénéficiaire, etc.) et progressivement peaufiner les données pour arriver à identifier les problèmes de santé mentale bien spécifiques.

Mme Maun rappelle que la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale a obtenu un budget de 130.000 € sur

trois ans pour réaliser ce travail de récolte de données, travail particulièrement difficile compte tenu de l'interprétation de ces données.

Mme Maun précise que la problématique du travail de rue est une matière qui doit être mise en lien avec la problématique des personnes sans abri dans le cadre de la compétence de l'aide aux personnes qui relève de la Commission communautaire commune.

Elle reconnaît que Dune est la seule association qui se positionne en tant que service de santé et elle ajoute qu'il existe actuellement d'autres initiatives en cours qui sont prises en charge en tant que projets pilotes par le gouvernement fédéral.

Mme Magda De Galan, présidente, clôture la discussion générale et remercie le ministre ainsi que les différents intervenants pour la qualité des débats.

31. Approbation du rapport

En sa réunion du 22 mars 2006, la commission a procédé à la lecture du rapport intermédiaire et l'a adopté à l'unanimité des 8 membres présents.

En sa réunion du 28 juin 2006, la commission a procédé à la lecture et à l'approbation définitive du rapport final à l'unanimité des 11 membres présents.

Les Rapporteuses,

La Présidente,

Céline DELFORGE Fatiha SAIDI Magda DE GALAN

32. Annexes

Annexe 1

Deux extraits de presse de Saltmann, Rico et Boerma et de Barbara Starfield pour l'OMS et l'OCDE (audition de la Fédération des maisons médicales)

L'OMS souligne l'importance des soins primaires pour l'équité

Who.int/whr/2003/chapter 7

Des systèmes de santé équitables – rôle primordial de l'Etat

L'une des fonctions essentielles d'un système de santé consiste à remédier au défaut d'équité, ce qui est aussi un principe fondamental des soins de santé primaires. Dès lors, l'un des critères d'évaluation des stratégies de développement du personnel doit être la mesure dans laquelle elles favorisent l'équité.

On comprend de mieux en mieux comment la pauvreté et la mauvaise santé se renforcent mutuellement, et les preuves de l'inégalité et de l'iniquité de la distribution des ressources, des efforts et des issues sanitaires sont toujours plus nombreux. Les études sur l'incidence des avantages montrent régulièrement que les personnes vivant dans la pauvreté reçoivent une part du financement public de la santé proportionnellement inférieure à celle qui revient aux nantis. Le revenu n'est pas le seul facteur qui entre en ligne de compte. La pauvreté est essentiellement un état qui rend les individus incapables de satisfaire leurs besoins, de réaliser leurs aspirations, et de participer pleinement à la vie en société. C'est pourquoi le défaut d'émancipation politique et d'éducation sont des facteurs d'exclusion pour l'accès aux soins de santé. Les discriminations sexuelles, raciales et ethniques contribuent aussi de façon importante aux iniquités en matière de santé et d'accès aux soins.

Les politiques qui améliorent globalement les indicateurs sanitaires d'un pays ne sont pas nécessairement justes ou équitables. Dans les cas où des pays ont réussi à améliorer les résultats sanitaires et à réduire les inégalités, leurs politiques de développement du système de la santé ont dû « nager à contre-courant » en contrant une tendance à favoriser les nantis. Quelle que soit la configuration du secteur de la santé d'un pays, il est essentiel, pour obtenir des résultats équitables, que les pouvoirs publics exercent dans l'ensemble de ce secteur des fonctions de tutelle efficaces englobant la supervision, la surveillance et le renforcement des politiques sanitaires.

Les nombreuses recherches de Barbara Starfield confirment l'importance des soins primaires tant sur le plan de l'équité, que des soins efficients et donc payables par les pouvoirs publics et les citoyens (nombreuses références sur medline – mot clés : Starfield, primary care).

On peut lire sous la plume d'experts internationaux

Il y a un accord important parmi des décideurs nationaux en Europe qu'en principe, les soins primaires soient le point d'ancrage du système de soins. Cet accord de principe, cependant, ne se concrétise pas dans des mécanismes d'organisation mieux adaptés à cet objectif commun. En Europe les soins primaires sont fournis par un large éventail de configurations institutionnelles, financières, professionnelles et cliniques.

D'ailleurs, plusieurs de ces systèmes primaires de soins ont été sujets à des réformes substantielles. Dans les années 90, on a entrepris des expériences avec et/ou ont adopté une variété de différentes réformes d'organisation. Certains ont révélé de nouveaux points de vues et innovations, comme les contrats passés par les généralistes pour des soins hospitaliers, alors que d'autres ont impliqué le retour des concepts d'organisation déjà bien connus, comme l'échelonnement (gate-keeping des MG) ou la substitution des infirmières aux médecins généralistes (¹).

La combinaison des divers systèmes de dispensation de soins primaires avec un large éventail de réformes possibles a créé un paysage de politiques de santé assez curieux. La diversité entre pays soulève des questions légitimes au sujet des avantages et des inconvénients des différentes approches des soins primaires. L'expérimentation permanente d'une large gamme d'innovations avec une large palette de réformes d'organisation, soulève l'incertitude quant à ce qui est, en réalité, la « meilleure pratique ». Alors que l'on cherche à mettre en place une politique de santé approfondie. Le grand intérêt des décideurs européens pour ces deux solutions de gestion du système de soins rend nécessaire une étude plus approfondie de la façon de parvenir à ce que « les soins primaires soient mis dans le siège du conducteur ». Cette étude explorerait la structure actuelle des soins primaires en Europe, et l'impact que les réformes d'organisation récentes ont eu sur cette structure. Plutôt que d'essayer d'évaluer le secteur beaucoup plus grand de la santé primaire, qui incorpore une gamme vaste des activités de l'hygiène publique à la santé professionnelle, cette étude se concentrera sur l'évolution d'état actuel et potentiel d'un aspect principal de santé primaires. Utilisant l'évidence disponible de recherches, l'expérience institutionnelle, et l'opinion d'experts, l'étude examinera ce qui est connu et ce qui reste à apprendre à propos du rôle (central ?) que les soins primaires doivent prendre dans la dispensation de services de santé.

Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke Boerma (ed.)

⁽¹⁾ Ces deux techniques procèdent du principe de subsidiarité.

OCDE, 1995, Nouvelles orientations dans la politique de santé, Etude de politique de santé n° 7

Annexe A

Déterminants des dépenses de santé : une analyse économétrique par pays

- Les systèmes de capitation (CAPITA) pour les soins de premier ressort enregistrent généralement des dépenses pharmaceutiques plus faibles – mais, là encore, le résultat ne résiste pas au changement d'échantillon ce pays ou de périodes –, cependant que les systèmes de salariat n'ont pas d'effet disponable (WAG + SALA).
- Les dépenses pharmaceutiques paraissent moindres dans les systèmes où les médecins sont libres de fixer leurs propres honoraires ou d'appliquer des dépassements (OVERBILL) mais ce résultat ne résiste pas en cas de changement d'échantillon de pays ou de périodes.
- Lorsque les soins hospitaliers sont réglés sur la base du prix de journée ou à l'acte (FFSI), les dépenses pharmaceutiques sont généralement plus fortes. Ce résultat résiste au changement d'échantillon de pays mais pas de périodes.
- La nombre de médecins (DOCTCA) tend à être corrélé négativement avec les dépenses pharmaceutiques (même résultat surprenant que dans le modèle de dépenses totales), encore que ce résultat ne résiste pas au changement d'échantillon de périodes. On n'observe pas d'effet lié au terme interactif représentant le nombre de médecins dans les systèmes de paiement à l'acte (DOCTCA'FFSA).

Conclusions

Il y a des avantages, mais aussi des risques à tirer de résultats empiriques comme ceux que nous présentons et des enseignements pour la conduite de l'action gouvernementale. Le principal problème, outre les erreurs de mesure sur les variables, concerne la façon dont devraient être interprétés les effets des différents paramètres estimés. Comme on l'a évoqué plus haut, l'observation qui associe l'application d'enveloppes budgétaires pour les soins hospitaliers à des dépenses hospitalières plus élevées traduit-elle un lien de causalité (ce qui paraît contraire au bon sens) ou indique-telle que les pays confrontés à des dépenses plus fortes sont plus enclins à introduire des plafonds de dépenses? Un autre problème se pose du fait que plusieurs variables paraissent étroitement liées, comme les deux variables d'enveloppes budgétaires, ainsi que les variables muettes relatives au filtrage, à la part des soins hospitaliers et au système public

intégré. Il se peut, dans ces conditions, qu'une variable puisse se révéler non significative, même si elle a contribué à un effet significatif associé à une variable connexe. La multicollinéarité risque d'être ici un gros problème, en contribuant à introduire la confusion dans la mesure des effets séparés des différentes variables indépendantes et à rendre plus difficile l'obtention de résultats significatifs, soit en rendant les paramètres estimés plus sensibles à l'adjonction ou à la suppression d'autres variables indépendantes.

Les résultats de cette étude sont récapitulés dans le tableau A4. Les observations les plus significatives et les plus solides sont examinées ci-dessous, à commencer par celles qui confirment des attentes et/ou des études précédentes, suivies de celles qui semblent les contredire. Enfin, nous examinerons brièvement les résultats qui sont plus faibles et moins concluants, soit parce qu'ils sont peu solides en cas de changement d'échantillon de pays ou de périodes, soit parce qu'ils accusent un manque de cohérence, en ce qui concerne la direction ou le caractère significatif de leurs effets dans les différents modèles estimés.

Conformément à des travaux antérieurs, on constate que le produit intérieur brut (PIB) par habitant est extrêmement significatif dans toutes les régressions, c'est-à-dire les modèles explicatifs des dépenses totales et des dépenses totales décomposées en dépenses hospitalières, ambulatoires et pharmaceutiques. L'élasticité par rapport au revenu est à peu près la même pour les dépenses totales et leurs composantes, à savoir environ 0,7 à 0,8. Cet ordre de grandeur ne correspond pas à celui que donnent les précédentes études transversales, mais il confirme bien les résultats déjà obtenus avec des données transversales groupées tirées de séries temporelles et un estimateur à doubles effets fixes. On a pu aussi constater que la consommation de tabac a un effet positif et significatif sur la dépense de santé totale, au travers de ces effets sur les dépenses ambulatoires et les dépenses hospitalières. L'élasticité associée à ce terme signifie qu'un accroissement de la consommation de tabac entraîne l'augmentation des dépenses globales de l'ordre de 1,3 pour cent. L'élasticité est plus forte pour les soins ambulatoires que pour les soins hospitaliers. Les autres facteurs « généraux », à savoir la structure des âges de la population, le taux d'activité féminine, le taux de chômage et la consommation d'alcool, sont généralement non indicatifs.

Parmi les variables représentant les aspects « institutionnels » des systèmes de santé de l'OCDE, six résultats paraissent raisonnablement solides et allant dans la direction « prévue ». Premièrement, le recours à un « filtrage » au niveau des soins de premier ressort semble se traduire par une baisse de dépenses globales, au travers de ses effets sur les dépenses hospitalières. Ces résultats sont solides quel que soit l'échantillon de pays ou les périodes.

Deuxièmement, on observe des niveaux significativement réduits de dépenses globales, ambulatoires et pharmaceutiques dans les systèmes où les patients payent d'abord et se font rembourser ensuite. Bien que robuste pour tous les échantillons de pays pour la période globale, ce résultat n'est toutefois pas significatif pour la période 1981-91.

Troisièmement, le mode de rémunération des praticiens de médecine ambulatoire paraît exercer une influence sur les dépenses de santé. Les systèmes de paiement à la capitation entraînent, en moyenne, des dépenses globales moins élevées que les systèmes de paiement à l'acte, grâce à leur effet sur les dépenses hospitalières et pharmaceutiques. Dans l'équation relative aux soins ambulatoires, les termes représentant le paiement à la capitation et le salariat sont combinés pour éviter la multicollinéarité. Le terme ainsi obtenu paraît alors avoir un effet négatif significatif sur les dépenses ambulatoires. Pris séparément, le paiement sous forme salariale des soins ambulatoires semble associé à une nette réduction des dépenses hospitalières, mais cette variable n'est pas significative (bien que négative) dans le modèle de dépenses globales.

Quatrièmement, comme dans les études précédentes évoquées dans la section 2, certains éléments indiquent que les soins hospitaliers seraient plus coûteux que les soins ambulatoires. La part des dépenses hospitalières dans les dépenses totales est positivement corrélée aux dépenses globales (bien que les résultats ne résistent pas toujours au changement d'échantillon de pays ou de périodes). Une part de soins hospitaliers plus élevée est aussi associée avec une moindre dépense par habitant au titre des soins ambulatoires et une plus forte dépense par habitant au titre des soins hospitaliers. L'élasticité associée au terme représentant la part des soins hospitaliers dans le modèle des dépenses hospitalières est supérieure à zéro, ce qui suppose un certain degré de substitution entre les soins hospitaliers et les autres formes de soins.

Cinquièmement, selon certaines indications (qui ne sont toutefois pas particulièrement solides), la fourniture de services de santé par le secteur public (mesurée de façon approchée par la proportion de lits publics dans le nombre total de lits) est associée à des dépenses globales de santé réduites, du fait de son incidence (négative) sur les dépenses hospitalières et ambulatoires. Ce résultat est compatible avec les précédents travaux de Gerdtham et al, mentionnés dans la section 2, mais pas avec les conclusions de Leu (1986). La validité de ce résultat, souffre toutefois de la médiocre qualité de la mesure supplétive utilisée, étant donné qu'un grand nombre de lits « privés » se trouvent dans le secteur bénévole, sont quasiment intégrés au secteur public ou font l'objet de taux de remboursement fixes.

Enfin, l'offre totale de médecins peut avoir un effet positif sur les dépenses ambulatoires et cela semble aussi être le cas pour les dépenses totales et les dépenses hospitalières dans les pays où les médecins sont payés à l'acte. Toutefois, cette observation est à mettre en balance avec celles d'un effet négatif de l'offre de médecins dans l'équation des dépenses totales et des dépenses pharmaceutiques et d'un effet nul dans l'équation des dépenses hospitalières — bien qu'il apparaisse, après des tests supplémentaires, que ces résultats sont souvent sensibles au choix de l'échantillon et des variables incluses dans les équations.

En ce qui concerne les résultats qui s'écartent des prévisions, on observe que le plafonnement budgétaire des dépenses hospitalières est associé à des dépenses hospitalières, pharmaceutiques et totales plus élevées. Comme on l'a vu plus haut, ce résultat peut refléter une certaine forme de causalité inverse. Le plafonnement des dépenses ambulatoires ne semble pas avoir d'effet significatif, mais il est possible que les deux termes relatifs aux enveloppes budgétaires saisissent le même effet.

Contrairement à ce que constatait Hurst (OCDE, 1992b), le système public du remboursement paraît enregistrer, en moyenne, des dépenses globales moins élevées que le système public du contrat, lequel affiche des dépenses à peu près semblables à celles du système intégré. Des tests supplémentaires laissent même supposer que le système public intégré pourrait être plus coûteux que le système du contrat, peut-être parce que les pays concernés tendent aussi à avoir une part plus élevée de soins hospitaliers coûteux et moins de dispositifs de filtrage. Il reste difficile d'expliquer le résultat relatif au système public du remboursement, bien que les paramètres présumés ne soient généralement pas stables au regard de l'échantillon.

De plus, certains éléments donnent à penser que le système public intégré aurait un effet positif sur les dépenses ambulatoires si on limitait l'analyse aux seuls pays européens. On relève aussi des observations un peu plus fortes et plus solides indiquant que le système intégré entraîne des dépenses pharmaceutiques accrues.

Les autres facteurs institutionnels sont généralement non significatifs, notamment dans le contexte des dépenses globales. Certains semblent avoir un effet significatif sur une ou plusieurs composantes des dépenses, mais souvent dans des directions opposées (et donc contradictoires) suivant les composantes (d'une manière généralement difficile à expliquer). Par exemple, l'ampleur de la participation aux frais du secteur public paraît corrélée négativement avec les dépenses hospitalières, mais positivement avec les dépenses pharmaceutiques ce qui est plus conforme aux attentes); néanmoins, ni l'un ni l'autre de ces résultats ne résiste au changement d'échantillon de périodes. Le taux de dialyses rénales (mesure supplétive des traitements coûteux) tend, comme prévu, à accroître les dépenses ambulatoires et hospitalières, mais réduit les dépenses pharmaceutiques (et, comme on l'a

vu, est sans effet sur les dépenses totales). Enfin, l'amélioration de la couverture de la population par assurance augmente les dépenses hospitalières (encore que ce résultat ne résiste pas au changement d'échantillon de pays) et réduit les dépenses de pharmacie.

En conclusion, s'il y a un « message » général à tirer de cette analyse à l'intention des responsables de l'action gouvernementale, c'est que l'organisation des soins ambulatoires - le premier point de contact de la plupart des gens avec le système de soins de santé - paraît revêtir une importance particulière pour la maîtrise des dépenses totales de santé. Cette conclusion est suggérée par les observations relativement solides concertant le filtrage, les systèmes de paiement des soins ambulatoires à la capitation et l'avance des fonds par les patients (avec la possibilité d'un remboursement ultérieur par l'assureur), à quoi s'ajoutent certains éléments indiquant que les soins hospitaliers seraient plus coûteux que les soins ambulatoires. Comme nous l'avons souligné tout au long de cette étude, ces résultats sont à interpréter avec précaution, il n'en reste pas moins que la mise en place, par ces moyens et par d'autres, d'un meilleur système d'incitations à l'intention des médecins et des patients au niveau des soins ambulatoires peut aider à contrer certaines des influences décrites plus haut qui favorisent l'expansion de l'offre et de la demande de services de santé – en raison notamment de la disparité des informations qui caractérise la relation patientmédecin et des risques subjectifs associés à la couverture des assurances de santé. En outre, l'importance apparente d'une amélioration des incitations au niveau micro-économique contraste avec des résultats assez faibles, et parfois inattendus, observés pour des mesures représentant des caractéristiques et des contraintes systémiques plus larges (par exemple, l'utilisation des systèmes du remboursement, du contrat ou intégré, ou les effets des enveloppes budgétaires globales). Cette remarque conforte l'argumentation de fond exposée précédemment dans cet ouvrage : quelle que soit la catégorie dans laquelle se situent actuellement les systèmes de santé des différents pays Membres, le principal impératif est dans tous les cas de mener des réformes micro-économiques visent à améliorer l'efficience et l'efficacité de ces systèmes. En particulier, la nécessité de renforcer le rôle des acheteurs de services, notamment par l'amélioration des méthodes d'évaluation des divers traitements possibles et de passation de contrat avec les prestataires, a déjà été soulignée.

Tableau A4 – Récapitulatif des résultats

Dépenses globales	Variables dépendantes			
	Dépenses ambulatoires	Dépenses hospitalières	Dépenses pharmaceutiques	
Variables indépendantes				
PIB	0.74-0.75	0.78-0.82	0.71-0.73	0.79-0.80
POP75	0	0	0	0
POP04	0	0.79-0.81	0	0
FPR	0	0	0	0.39-0.43
UNR	0	0	0	0
ALCC	0	0	0	- 0.13
TOBC	1.3	0.42-0.43	0.14-0.15	0
COPAY	0	0	-0.37	0.25-0.26
TEXMC	0.05-0.06	- 0.75-0.78	0.01-1.02	0
PUSH	- 0.32-0.34	- 0.53-0.54	-0.44	0
COVER	0/+?	0	0.19-0.25	-0.47
REND	0/+?	0.08	0.03	- 0.03-0.04
PUBREIMB	- 0.11 (¹)	0.14-0.29 (1)	- 0.11 - 0.16 (¹)	$0.23-0.28$ (2)
PUBINTEG	0/+?	0/+?	0/+?	0.12-0.13
BUDCEILA	0	0	0	0
BUDCEILI	0.03-0.04	0	0.04	0.11-0.16
GATEKEEP	- 0.18-0.19	0	- 0.18-0.19	0
REIMBMOD	-0.08- 0.09	- 0.23-0.34	0	- 0.26-0.30
CAPITA	- 0.17-0.21	_	- 0.18-0.21	- 0.13-0.15
WAG + SALA	0	_	- 0.17-0.21	0
CAPITA + (WAG + SALA)	_	- 0.23-0.25	_	_
OVERBILL	0	0	0	- 0.30-0.36
FFSI	0	-0.08	0	0.17-0.18?
DOCTCA	- 0.10-0.14	0.54	0	- 0.56-0.56
DOCTCA*FFSA	0.18-0.20	0	0.15-0.16	0

⁽¹⁾ Le coefficient est positif sl COPAY, TEXMC, PUSH, COVER et REND sont exclues.

Source : OCDE.

Notes de l'annexe A

- Voir, par exemple, Newhouse (1977, 1987); Leu (1986);
 OCDE (1987); Culyer (1988, 1989); Jansson (1989);
 Gerdtham (1991, 1992); Gerdtham et al. (1988, 1992a, 1992b); McGuire et al. (1993).
- 2. Parmi les études récentes utilisant des données groupées, citons Gerdtham et al. (1992b) Getzen et Poullier (1992) et OCDE (1993b).
- 3. Les PPA du PIB mesurent le coût d'opportunité des dépenses de santé par rapport à l'ensemble des biens et services, alors que les PPA des services de santé mesurent les ressources réelles consacrées aux soins de santé.

 $^{(2) \ \} Le \ coefficient \ est \ non \ significatif \ sl \ COPAY, \ TEXMC, \ PUSH, \ COVER \ et \ REND \ sont \ exclues.$

- 4. Cela sous l'influence de deux phénomènes : d'une part, les bureaucrates des hôpitaux publics et des hôpitaux privés à but non lucratif maximiseraient leur budget pour maximiser leur propre utilité (statut, meilleure rémunération, possibilités de promotion, etc); d'autre part, les coûts unitaires à chaque niveau d'activité seraient plus élevés du fait d'une concurrence moins intense au sein du secteur public.
- Parités de pouvoir d'achat des services de santé par rapport aux PPA du PIB.
- 6. Ce paramètre permet de mesurer la demande induite par les prestataires ou de tester l'hypothèse d'un revenu retenu comme objectif – par exemple, à mesure que le nombre des médecins augmente, la charge de travail ne variant pas, les médecins peuvent essayer d'inciter les patients à utiliser davantage de services (Evans, 1974).
- Ce dernier paramètre est une mesure approximative du remplacement des soins informels dispensés au loyer par des soins en établissement, du fait du développement de l'activité féminine (Fuchs, 1972; Maxwell, 1981; Stahl, 1986).
- 8. Par rapport à celles de 15 à 64 ans.
- 9. On trouvera à la fin de cette annexe une note expliquent de façon plus détaillée les techniques d'agrégation.
- 10. En revanche, l'OCDE (1993b) donne une élasticité par rapport au PIB de 1.6 à partir d'un échantillon groupé pour la période 1985-1990 mais sans variables muettes pour le pays et la période. Une part plus importante du secteur public dans les dépenses totales paraît avoir un effet nettement négatif sur les dépenses de santé et l'on obtient aussi des résultats significatifs pour d'autres variables comme l'indique le tableau A1.
- 11. Les pays sont classés de la façon suivante : Remboursement : Australie, Belgique, Etats-Unis, France, Italie (jusqu'en 1978), Japon, Luxembourg et Suisse. Contrat :

- Allemagne, Autriche, Canada, Espagne (jusqu'en 1983), Grèce (jusqu'en 1983), Pays-Bas, Portugal (jusqu'en 1977) et Turquie. Intégré : Danemark, Espagne (depuis 1984), Finlande, Grèce (depuis 1983), Irlande, Islande, Italie (depuis 1979), Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal (depuis 1978), Royaume-Uni et Suède. La classification peut varier pour les différentes composantes des dépenses de santé.
- 12. Il serait préférable d'utiliser des données concernant les établissements hospitaliers « à but lucratif » étant donné que, dans la plupart des pays, les lits « privés » se trouvent en majorité dans le secteur bénévole. Mais cette variable n'est disponible que pour un petit nombre de pays figurant dans la base de données de l'OCDE. Dans certains pays (la France, par exemple), même parmi les hôpitaux « à but lucratif », beaucoup sont payés selon un système de remboursements fixes.
- 13. Ainsi, dans la plupart des ouvrages, la part du financement du secteur public est habituellement mesurée par la part des dépenses publiques dans les dépenses totales.
- 14. Les pays sont classés comme suit; Paiement à l'acte : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Etats-Unis, France, Grèce, Irlande (jusqu'en mars 1989), Italie (jusqu'en 1977), Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande et Suisse. Capitalisation : Danemark, Islande, Irlande (à partir de mars 1989 pour le système à financement public), Italie (depuis 1978), Pays-Bas et Espagne (jusqu'en 1983 puis baisse progressive) et Royaume-Uni. Salariat : Finlande, Portugal et Espagne (progressivement en augmentation après 1984), Suède et Turquie.
- 15. Cela n'épuise pas toute la gamme des relations contractuelles. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni, le système de paiement est mixte, avec, par exemple, un montant fixe, la composante de capitation, et des honoraires pour des services que le gouvernement est désireux de voir mener à bien, tels que les vaccinations.

Annexe 2 Les ressources disponibles de la Liaison antiprohibitionniste

La Liaison antiprohibitionniste compte sept administrateurs bénévoles et un poste de coordination ACS (dont le salaire est pris en charge par l'ORBEm).

Pour l'élaboration et la diffusion de nos outils d'informations, nous travaillons en partenariat avec d'autres associations oeuvrant dans le secteur de la prévention et de la réduction des risques.

Dans le cadre de notre collaboration à la coalition européenne d'ONG ENCOD en faveur d'une politique des drogues plus justes et plus efficaces nous bénéficions d'un soutien financier pour certaines actions ponctuelles au niveau européen.

La Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale soutien notre projet d'activités de façon annuelle afin d'encourager la réflexion, l'information et la sensibilisation autour de la question de la prohibition des drogues dans notre société. Forcément les activités financées par la Commission communautaire française se déroulent essentiellement à Bruxelles.

Grâce au soutien de la Région wallonne en 2003 nous avons pu étendre nos activités à la partie sud du pays. En proposant des actions d'information, de réflexion et de sensibilisation durables sur la question des drogues au sein de la société civile wallonne nous avons pu réaliser à quel point nos actions étaient appréciées en Wallonie.

Annexe 3 Une présentation, la Charte et deux communiqués de presse du Conseil des usagers de drogues licites et illicites

Qu'est-ce que le CUDLI?

Le Conseil est une ASBL regroupant des associations et citoyens soucieux d'innover en matière de gestion civile et politique de la problématique « drogue ».

Demandeurs d'une approche rationnelle et équilibrée, nous pensons que la loi seule ne pourra répondre à l'ensemble des interrogations et demandes actuelles en cette matière.

Le CUDLI entend donc poser la question des assuétudes en général, et tient la citoyenneté pour préalable nécessaire à la promotion de la santé et à la réduction des risques liés à l'usage de drogue(s).

Le Conseil des Usagers entend poser son expertise « en tant qu'usagers » et non à partir d'une expérience professionnelle ou d'une pratique.

Les Usagers: (petites définitions)

Le mode de fonctionnement de notre société implique que nous sommes tous des usagers potentiels de drogues. Nous considérons donc que :

Les non-usagers : sont des personnes n'ayant jamais pris de drogues (« sociales » s'entend)

Les usagers : toutes les personnes consommant des drogues, en ce compris les abstinents.

Les abstinents : personnes ayant consommé des drogues et ayant choisi l'abstinence.

Les membres et administrateurs : définitions

Les membres et administrateurs sont usagers ou non de drogues licites et/ou illicites et entendent soutenir et/ou participer activement à la vie du CUDLI.

Les membres seront bien sûr des personnes privées mais aussi des associations dont les buts concordent avec le souci d'ouverture et d'engagement du Conseil vers l'ensemble de la population et vers le monde politique. (voir Charte du CUDLI)

Les administrateurs sont des personnes privées, avec ou sans lien vis-à-vis d'associations extérieures, et sont présentes au Conseil d'administration en leur nom propre.

Les associations extérieures désigneront une personne de leur choix afin d'être en contact permanent avec le Conseil. Cette personne sera toujours étrangère au CA du CUDLI.

Qui sont les membres fondateurs?

Ils sont ou non usagers de drogues licites et/ou illicites et, avant tout, des citoyens comme les autres.

Maître Christophe Marchand, avocat, expert engagé par le cabinet Alvoet, directeur de la commission drogue du CAL, membre de la Liaison antiprohibitionniste.

Didier Devleeschouwer, sociologue, membre fondateur du CCLA, de DUNE et de Modus Vivendi

Bruno Valkeneers, coordinateur de la Liaison Antiprohibitionniste

Renaud Demez, enseignant, travailleur de Modus Fiesta

Alain Debruyne, entrepreneur

Rémi Dekoninck, assistant social, aide en milieu ouvert et planning familial

Olivier Créteur, DJ, jobiste Modus Fiesta

Olivier Hofman, créateur du projet

Qui sont les administrateurs?

Président, Olivier Hofman

Secrétaire, Renaud Demez

Trésorier, Alain Debruyne

Administrateurs : Olivier Créteur, Rémi Dekoninck, Didier Devleeschouwer, Bruno Valkeneers.

Experts et personnes ressources :

Si le CUDLI entend faire reconnaître sa qualité d'expert en tant que non professionnel, il s'appuiera également sur des experts et personnes ressources ne faisant pas partie du CA mais partageant étroitement ses vues.

Coordonnées

Conseil des Usagers:

18 rue Félix Vande Sande (attention, pas de permanence !) 1081 Koeckelberg

conseildusagers@hotmail.com

GSM: 0496/902 908

Charte du Conseil des Usagers de drogues licites et illicites

Citoyens comme les autres, nous adhérons à la présente charte et respectons les principes la composant.

Article 1er

Les usagers de drogues licites ou illicites sont des citoyens à part entière. Aucun de leurs droits ne peut leur être enlevé du simple fait de leur qualité d'usager.

Le CUDLI souscrit entièrement et sans réserve à la Déclaration universelle des Droits de l'homme et réclame son application intégrale aux usagers de drogues licites et/ou illicites.

La mission essentielle du Conseil des Usagers est de veiller au respect des droits élémentaires de tous les citoyens, usagers de drogues ou non.

Article 2

Afin de répondre à cette mission essentielle, le Conseil des Usagers de drogues licites et illicites se posera en tant qu'expert au sein de cette problématique.

Les usagers réunis au sein du Conseil entendent trouver le plus grand dénominateur commun entre le Conseil et la société civile, ceci en maintenant un dialogue constant avec les particuliers, les associations, les représentants du monde médical et scientifique, ainsi que les représentants des partis politiques démocratiques et de l'Etat.

Article 3

Outre le plein usage de la citoyenneté, la promotion de la santé est un axe permanent de réflexion du Conseil et de ses membres.

Quelle que soit la législation, le Conseil des Usagers s'autorisera à entreprendre des actions, même de résistance civique, afin que les conditions de vie des usagers et de la population en général ne soient pas mises à mal par cette même législation.

Article 4

Nous considérons que la meilleure solution à apporter à la « problématique drogues » est le respect de chaque être humain et l'amélioration générale des conditions de vie.

Nous articulons les notions de responsabilité individuelle et de citoyenneté et déclarons que cette articulation est indispensable et constitue le socle de l'éthique de l'usager de drogues.

Le conseil entend redonner à l'usager les moyens d'être acteur de ses choix et par-là d'être citoyen et responsable dans le respect d'autrui. La responsabilité des choix de consommation appartient à l'usager et à lui seul.

Article 5

Dans ce cadre, une nouvelle réglementation, juste et efficace, de la production, de la distribution et de la vente, de l'usage et de la détention des drogues, licites ou illicites à ce jour, est une nécessité, comme l'est notre vigilance quant à l'application et au respect de celle-ci. Cette réglementation n'est pas une fin en soi mais est un moyen, à promouvoir, afin d'accéder à une pleine et entière citoyenneté.

Cette étape réalisée, un travail critique et d'évaluation devra se poursuivre.

Article 6

Afin de compléter notre politique volontariste et devant la nécessité de développer une approche globale, les plantes à drogues doivent être inscrites au patrimoine mondial de l'humanité. Leur commercialisation à partir des pays producteurs doit être mise en œuvre sur le modèle du développement durable et du commerce équitable.

Article 7

Plus que d'ajouter un message supplémentaire, le Conseil entend être une boîte à outils à la disposition des citoyens afin de décrypter le phénomène « drogue » et ses liens avec notre société.

Article 8

• • •

(Cette Charte est sujette à révision)

Quelques dates et moments importants

Septembre:

Le Conseil des Usagers de drogues licites et illicites inaugurera son premier site internet (de base). Nos statuts, notre philosophie, nos actions y paraîtront, ainsi que les liens vers les services actifs en « toxicomanie ».

Nous rédigeons actuellement un questionnaire concernant les demandes et besoins des usagers de drogues licites et illicites en matière de politique pénale, de santé publique et de promotion de la santé notamment. Ce questionnaire abordera également la pertinence de l'existence et de la philosophie du CUDLI.

Ce sera l'occasion pour nous de préciser certaines pistes (formation de « legal team », participation au Système d'Alerte Précoce et à la détection de phénomènes émergeants...), activités (Colloque et/ou « Journée Usagers », focus group, concrétisation d'un court-métrage...) et structure (création dans les mois à venir de groupes d'usagers...)

Nous serons présents au Festival du Film Alternatif de Liège les 16 et 17 septembre.

Octobre:

Nous dresserons un premier rapport d'activité détaillant nos six premiers mois d'existence.

Les Journées Mondiales de l'Ecologie Jeunesse nous accueilleront les 21, 22 et 23 octobre à Liège.

Communiqué

Bruxelles, le 24 février 2005

Le Conseil des Usagers de drogues licites et illicites

Des citoyens soucieux d'une politique juste et efficace en matière de drogues

L'outil prolonge le corps et l'esprit...

La prohibition cristallise nos peurs et préjugés autour de substances, au détriment de tous les citoyens et des problèmes nous préoccupant le plus.

La prohibition, cause de nombreux dégâts socio-sanitaires, étouffe le corps et l'esprit. Elle est donc un outil à rejeter.

Le Conseil des Usagers de drogues licites et illicites (CUDLI), qui se veut être une boîte à outils et à idées, tra-

vaille à la constitution et au partage des richesses citoyennes afin de contrer les logiques de repli identitaire et de (sur)consommation guidant notre société en matière de drogues également.

Nous vous accueillons à notre première conférence de presse ce lundi 28 février, dés 10h, 18 rue Félix Vande Sande à 1081 Koekelberg.

Le gouvernement fédéral prétend articuler prévention et répression en matière de drogues illégales. Pourtant la prévention ne représente qu'un budget de 72 cents par an et par habitant, alors que la répression représente plus de 9 euros par an et par habitant...

La hausse du prix du tabac est-elle un outil de prévention ?

L'action citoyenne se résume-t-elle à la constitution et à l'attribution de budgets ?

NON! Le CUDLI entend rencontrer les acteurs de prévention, quels qu'ils soient, afin de redéfinir les bases d'une prévention juste et efficace, c.-à-d. tenant compte des (non) usagers autant que des agents de prévention, et s'abstenant de toute approche dogmatique et/ou idéologique.

Ce lundi 28 février 2005, 10h, 18 rue Félix Vande Sande, 1081 Koekelberg (proximité Simonis, possibilité de parking)

Personnes de contact Olivier Hofman, président 0496 902 908 <u>olivier_hofman@hotmail.com</u> Renaud Demez, secrétaire 0477 642 090 <u>conseildusagers@hotmail.com</u>

Communiqué de presse Conseil des Usagers de drogues licites et illicites Bruxelles, le 15 juin 2005

Déclaration fédérale de « guerre à la drogue »

Négation du projet démocratique ou erreur de communication ?

Aucun texte communiqué aux Parlementaires fédéraux, une politique avant tout médiatique, une brigade des stups ne devant pas rédiger de procès-verbal... Pour le Gouvernement fédéral, le projet démocratique ne compte pas dés lors qu'il est question de drogues illicites.

Touchant avant tout les usagers de drogues illicites les plus démunis, englobés en une définition aussi large que vague du « dealer », ces mesures seront également un frein au travail important des Régions et Communautés en cette matière.

Celles-ci ont choisi d'œuvrer dans le sens de la proximité et du dialogue avec l'ensemble des citoyens et respectent le projet démocratique auquel nous participons toutes et tous. Nos Régions et Communautés ont-elles été consultées par le Gouvernement fédéral ?

Non. La création de la Cellule Politique Drogue, annoncée depuis 2001, n'a toujours pas eu lieu.

Néanmoins, si elles correspondaient aux exigences du projet démocratique et à une réelle politique de santé publique, ces mesures pourraient être les mesures à adopter ... dés l'instauration d'une réglementation stricte, juste et efficace de la production, de la vente, de la détention et de l'usage des substances incriminées à ce jour.

A coups de baguette magique, le Gouvernement fédéral entend peut-être nettoyer le marché, avant de l'instaurer. Car ne nous y trompons pas, une réglementation stricte, juste et efficace demandera plus de coopération internationale et plus de répression des vrais trafiquants, ainsi qu'un engagement fort dans les secteurs des préventions et de la réduction des risques.

Mais alors, il aurait fallu instaurer un véritable plan Marshall afin de « sauver » ou réorienter les personnes vivant de cette économie illicite.

Par ce projet de « guerre aux dealers », le Gouvernement fédéral, qui est peut-être et malgré tout sur la bonne voie, n'en a pas moins choisi de promouvoir le libéralisme sauvage correspondant si bien à l'actuel et dynamique marché des drogues illicites.

Baisse de la qualité des substances, plus grande disponibilité de celles-ci et augmentation de leurs prix de revente seront à l'honneur, au détriment des usagers de drogues illicites, au détriment de l'ensemble des citoyens, au détriment des Régions et des Communautés.

Pour qui travaille le Fédéral?

(Note du 2 juillet 2005 : la Cellule Politique drogue a bel et bien été créée... Reste à l'activer...)

Annexe 4 Vade-mecum de définitions et de concepts réalisé par le Conseil consultatif de l'Aide aux personnes et de la Santé

- Soins de santé primaires: premiers lieux organisés de rencontre entre la demande de soins de l'individu et l'offre de services du système sanitaire, ils représentent le niveau d'accès aux soins le plus proche des usagers. Ce niveau de soins est accessible à tous sans exception ni restriction, à un coût que l'individu et la collectivité peuvent assumer. Les soins de santé primaires ont des qualités spécifiques (ils s'adressent à toute la population sans sélection d'âge, de sexe, de pathologie, d'organe, de temps ou de lieu). Certains critères de qualité leur sont donc particuliers (intégration, globalité, continuité) à côté des critères classiques propres à tous les niveaux de soins (accessibilité, efficience etc.). Le concept des soins primaires est situé du côté de l'offre de soins, de la politique de santé, du système de santé et de son organisation.
- Soins de première ligne : premiers lieux d'expression des plaintes, des symptômes, des problèmes de santé c'est-àdire de la demande de soins des usagers et de la population, correspondant théoriquement aux soins de santé primaires. Le concept de 1ère ligne est, lui, situé du côté de la demande de soins.
- Santé communautaire : approche opérationnelle des problèmes de santé qui prend en compte autant la dimension individuelle des maladies des usagers que la situation sanitaire collective, politique et sociale de la population.
- Soins ambulatoires: notion théorique floue définie par défaut et correspondant intuitivement aux soins extrahospitaliers, c'est-à-dire aux soins primaires et aux soins de lère ligne, alors que ceux-ci peuvent légitimement dans certains contextes être dispensés dans les institutions hospitalières. Concrètement, à Bruxelles, le concept de soins ambulatoires correspond plutôt à une réalité historique et idéologique et concerne essentiellement des structures.