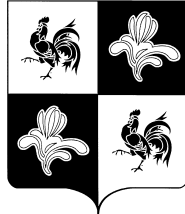


Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



22 avril 2009

SESSION ORDINAIRE 2008-2009

PROPOSITION DE RÉOLUTION

relative à la santé mentale et aux drogues et assuétudes

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

RAPPORT

fait au nom de la commission de la Santé

par Mme Souad RAZZOUK

SOMMAIRE

I. Réunion du 24 octobre 2007	3
II. Réunion du 27 février 2008.....	3
1. Audition de M. Charles Lejeune, Secrétaire général de la Fédération des centres de services social et membre du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l’Aide aux personnes et de la Santé – section ambulatoire	3
2. Audition de Mme Marie-Cécile Henriquet, présidente de la Fédération des services de santé mentale bruxellois	5
3. Audition de M. Serge Zombek, président de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes.....	7
4. Discussion.....	9
III. Réunion du 22 avril 2009.....	11
1. Exposé de M. André du Bus de Warnaffe, cosignataire de la proposition de résolution	11
2. Discussion générale	12
Intervention de M. Benoît Cerexhe, président du Collège, ministre en charge de la Santé	12
3. Examen et vote des considérants et des points du dispositif	13
4. Vote sur l’ensemble de la proposition de résolution	13
5. Approbation du rapport	13
IV. Texte adopté par la commission.....	14
V. Annexes.....	16

Membres présents : Mmes Dominique Braeckman, M. Willy Decourty, Mmes Magda De Galan, Céline Delforge, MM. Yves de Jonghe d’Ardoye d’Erp, Vincent De Wolf, André du Bus de Warnaffe, Ahmed El Ktibi, Paul Galand, Mme Nathalie Gilson, MM. Denis Grimberghs, Rachid Madrane, Mmes Fatima Moussaoui, Souad Razzouk, Jacqueline Rousseaux, Fatiha Saïdi (présidente).

Membres absents : Mmes Julie de Groote (suppléée), Martine Payfa (remplacée).

A également participé aux travaux : M. Benoît Cerexhe (président du gouvernement, ministre en charge de la santé).

Mesdames,
Messieurs,

La commission de la Santé a examiné, en ses réunions des 24 octobre 2007, 27 février 2008 et 22 avril 2009, la proposition de résolution relative à la santé mentale et aux drogues et assuétudes.

Mme Souad Razzouk est désignée en qualité de rapporteuse.

Réunion du 24 octobre 2007

La présidente, Mme Fatiha Saïdi, rappelle que la proposition inscrite à l'ordre du jour fait suite à une longue série d'auditions sur le même sujet qui a eu lieu durant une année.

La présidente informe ensuite les commissaires que le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé a demandé à être entendu sur cette proposition de résolution.

Mme Magda De Galan (PS) rappelle que le Conseil consultatif avait en effet fait mention de réunions qui devaient avoir lieu dans la période venant de s'écouler. Elle suppose qu'il s'agirait donc de présenter des éléments récents qui permettraient d'ajuster au mieux le contenu de la proposition de résolution.

L'intervenante évoque ensuite les interventions faites sur le sujet en séance plénière par M. Benoît Cerexhe, président du Collège en charge de la Santé, à propos du travail commun qui est en cours avec M. Emir Kir, ministre en charges des Affaires sociales.

Il serait donc intéressant, estime Mme Magda De Galan, d'entendre également M. Benoît Cerexhe et de prendre en compte tous les éléments récents dans le texte de la proposition.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) rappelle que les travaux sur cette matière ont commencé deux auparavant dans le cadre du 10^{ème} anniversaire du « décret Santé mentale », et estime que la situation a effectivement pu changer à Bruxelles durant ce laps de temps. Il serait donc opportun, à son sens, d'entendre le Conseil consultatif, et notamment les observations du groupe de travail qui devait continuer l'évaluation du chemin parcouru depuis 1995.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) souhaite que le ministre en charge de la Santé soit également invité à s'exprimer notamment par rapport à sa volonté de déposer un projet de décret sur les services ambulatoires, et sur l'articulation de ce futur décret avec le décret relatif aux services de toxicomanies et le décret qui concerne la santé mentale.

Mme Magda De Galan (PS) ajoute que le travail commun annoncé par les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir est un élément qui pourrait être intégré dans certaines parties de la proposition.

La présidente acte l'assentiment de la commission à entendre le Conseil consultatif et son souhait d'entendre également M. Benoît Cerexhe, ministre en charge de la Santé.

La présentation de l'exposé des auteurs est dès lors reportée après l'exposé du ministre, dans la mesure où certaines demandes sont d'ores et déjà rencontrées.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) marque son accord avec la proposition de la présidente.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) est également d'accord avec les deux intervenants précédents.

Réunion du 27 février 2008

La présidente, Mme Fatiha Saïdi, présente les trois experts invités par la commission et leur rappelle que le souhait des commissaires est qu'ils commentent le texte pour l'améliorer et lui apporter d'éventuels amendements.

En effet, de longs débats sur l'évaluation des décrets relatifs à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale et des services actifs en matière de toxicomanie (adoptés en 1995) ont déjà eu lieu et ont fait l'objet d'un important rapport.

L'ordre du jour de la réunion est donc bien de discuter du contenu proprement dit de la proposition de résolution.

1. Audition de M. Charles Lejeune, Secrétaire général de la Fédération des centres de services social et membre du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé – section ambulatoire

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs les parlementaires,

La proposition de résolution relative à la santé mentale et aux drogues et assuétudes déposée par Mme De Galan, Mme Braeckman et Mr du Bus de Warnaffe, a été accueillie très positivement par la Section du Conseil Consultatif. Mais je laisserai aux représentants des deux secteurs concernés le soin de développer plus précisément les commentaires et les prolongements que cette résolution leur a permis d'élaborer et de proposer au vote des membres de la section du Conseil consultatif.

Pour ma part, au nom de la section ambulatoire du Conseil consultatif, je vous propose d'effectuer un rapide

retour sur les débats que l'évaluation de ces décrets a occasionné en son sein depuis deux ans.

Au cours de la Commission santé du 17 octobre 2005, Mr Philippe Van Muylder et moi-même vous présentions l'avis du Conseil consultatif sur l'évolution des secteurs de la Toxicomanie et de la Santé mentale. Je me permets de vous en rappeler quelques éléments-clé afin d'introduire un rapide état des lieux deux ans et 5 mois plus tard.

2005 : un diagnostic assorti de propositions

- 1) Nous vous avons proposé à l'époque, à partir de l'évaluation de ces deux décrets, un diagnostic commun de l'offre ambulatoire social/santé en Région Bruxelloise. Celui-ci portait notamment sur le constat d'une carence d'une offre de soins de santé primaire ⁽¹⁾.

Je vous rappelle quelques lignes de ce que nous évoquions à l'époque, de manière à bien resituer le contexte de nos discussions : « La question de la première et de la seconde ligne ⁽²⁾ traverse nos débats depuis 25 ans ... et ce débat reste ouvert aujourd'hui : cependant 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'utilisateur 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 ». La fédération de maisons médicales, à l'époque, avait d'ailleurs largement défendu cette thèse en faisant des propositions : « Seules 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. Cette piste de travail, si elle était poursuivie, permettrait d'atteindre deux objectifs distincts : répondre plus adéquatement aux besoins de la population bruxelloise

(1) **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, efficacité 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.

(2) **Soins de première ligne** : premiers lieux d'expression des plaintes, des symptômes, des problèmes de santé c'est-à-dire de la demande de soins des usagers et de la population, correspondant théoriquement aux soins de santé primaires. Le concept de 1^{ère} ligne est, lui, situé du côté de la demande de soins.

et éviter l'engorgement des services spécialisés de deuxième ou troisième ligne ».

- 2) Nous évoquions aussi l'idée de la mise en place de dispositifs nouveaux tant pour mieux répondre aux problématiques d'urgence médico-sociales que pour améliorer l'accueil psycho-médico-social de première ligne. Deux projets se dessinaient à l'époque : le plateau social d'urgence et le projet de santé global.
- 3) Le débat entamé au sein de la commission de la Santé à propos de ces deux secteurs renvoyait 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. L'idée d'un décret ambulatoire global était évoqué, comme instrument susceptible d'améliorer l'harmonisation de nos secteurs mais aussi leur capacité (et celles des politiques) d'ajuster l'offre des services à l'évolution de la demande sociale.
- 4) Enfin nous insistions sur trois facteurs importants :
 - la nécessité de se doter d'outils d'évaluation quantitatifs et qualitatifs plus performants et coordonnés entre les différents niveaux de compétence. En lien étroit, bien entendu, avec l'Observatoire de la Santé et du Social. A cet égard nous évoquions l'intérêt des travaux menés à l'époque au sein des « Assises de l'ambulatoire » et qui portaient justement sur l'évaluation réflexive. Démarche d'ailleurs largement adoptée depuis par l'équipe du Cracs pour accompagner et aider à évaluer le Secteur de la cohésion sociale, bénéficiant d'un nouveau décret,
 - la nécessité d'articuler les approches sociales et santé dans une démarche commune et globale de manière à améliorer autant que faire se peut l'accompagnement des usagers des services. Cette volonté de transversalité se retrouvait également au cœur du processus des Assises de l'ambulatoire. Mais aussi dans le dispositif mis en place par le Smes (santé mentale/exclusion sociale), dont l'objet même consiste à améliorer la prise en charge des situations de détresse psychique par les travailleurs sociaux,
 - l'utilité incontestable du développement du travail en réseau, versus social et santé mentale.

Où en est-on aujourd'hui, soit deux ans et demi après cette audition ?

- Le diagnostic posé à l'époque reste évidemment d'actualité. Les indicateurs d'une précarisation croissante restent au rouge, tout le monde en conviendra. La logique linéaire des premières et secondes lignes est donc largement obsolète, pour cette partie de la population

bruxelloise aux problématiques multi-factorielles liées à la précarisation sociale, économique et culturelle.

- Notons, du côté des réponses mises en place par les Pouvoirs subsidiaires, l'agrément de trois maisons médicales supplémentaires, au cours de l'année 2007.
- Les projets « Plateau social d'urgence » et Centre de santé globale », ont été présentés en Conseil consultatif, sans qu'il y ait eu unanimité sur l'opportunité d'en soutenir la création. Reconnaissons que le contexte budgétaire « serré » de la Commission communautaire française, ne pousse pas les secteurs à une grande créativité en matière de nouveaux dispositifs. Par ailleurs ces deux projets, d'évidence novateurs, poursuivent leur chemin auprès d'autres interlocuteurs institutionnels. Le président de la section du Conseil vient de proposer d'entamer de nouvelles discussions à propos de ces nouveaux modèles d'intervention.
- La politique de mise en place des réseaux santé a été validée et étendue à une quinzaine de projets. A cet égard le conseil consultatif insiste pour que toute pérennisation de ces projets soient la résultante d'une concertation étroite entre les deux ministres compétents.
- Le processus de débats et de recherche développé au sein des Assises de l'ambulatoire a été interrompu il y a près de deux ans faute de soutien financier par les Ministres compétents. Le Conseil Consultatif a émis un avis sur ce retrait, considérant qu'il n'allait pas dans le sens des objectifs de transversalité et d'échanges nécessaires entre les secteurs sociaux et santé.
- La section ambulatoire s'est également penchée sur les moyens attribués par la Commission communautaire française aux équipes de base et aux organismes de coordination des différents secteurs social-santé ambulatoires. Il en ressort d'évidentes et importantes disparités : le rapport entre les équipes de base du secteur le moins doté et du secteur le mieux doté est de 1 à 4. Et ce malgré une amélioration limitée du financement des secteurs des CASG et de celui des plannings. Ce rapport est par ailleurs de 1 à 7 pour les fédérations sectorielles et autres organismes de coordination, ces derniers bénéficiant d'un décret depuis le 1^{er} janvier 2006. Ce déséquilibre financier structurel est un frein évident au bon développement des collaborations intersectorielles.
- Dans ce contexte, la perspective de la mise en œuvre d'un décret ambulatoire, assorti d'une démarche qualité, est à la fois une nouvelle importante et positive et un défi majeur pour l'avenir des politiques ambulatoires à Bruxelles. L'objectif poursuivi par les Ministres compétents et la démarche, telle que présentée à ce jour au sein des sections « ambulatoire » et « aide à domicile » du Conseil Consultatif, est perçue favorablement par une partie importante de ses membres. L'harmonisation des décrets social-santé, un système d'agrément à durée

indéterminée et la mise en place d'une démarche qualité sont autant d'objectifs qui nous paraissent à la fois légitimes, utiles et porteurs d'un potentiel d'amélioration de nos secteurs d'intervention. A une double condition : d'une part que le phasage des débats n'empêche pas les secteurs concernés de s'approprier les tenants et les aboutissants du projet de réforme. D'autre part que ce projet soit mis en place dans un esprit de concertation et de partenariat étroit avec les secteurs concernés et leurs représentants. La place des organismes de coordination, en tant que représentants des services concernés, doit être particulièrement prise en compte pour garantir l'appropriation maximale par les services des logiques mises en œuvre dans la démarche qualité. Ils peuvent garantir, dans leur rôle d'inter-face entre services et pouvoirs publics, la prise en compte des spécificités de chaque institution et de chaque secteur ainsi que l'utilisation des ressources méthodologiques existant dans chaque secteur.

Je vous remercie de votre attention.

2. Audition de Mme Marie-Cécile Henriquet, présidente de la Fédération des services de santé mentale bruxellois

Madame la Présidente,

Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Comme demandé, mon intervention comme présidente de la FSSMB sera concise, et se concentrera tout d'abord sur les aspects qui concernent les éléments spécifiques et « internes » du secteur de la santé mentale.

Trois éléments spécifiques à notre secteur sont retenus dans la proposition de résolution parlementaire, que je reprendrai dans un ordre allant du plus particulier au plus général.

- 1) La proposition de permettre la participation accrue des médecins aux activités de prévention, ne peut évidemment qu'être soutenue par nos services. Mais ceci touche d'emblée à la question des moyens et du subventionnement de ces activités. Le secteur ne peut que rappeler ici ses difficultés en ce qui concerne certains moyens : frais de fonctionnement, fonction d'accueil, fonctions de direction médicale et de coordination de plus en plus lourdes administrativement et qui empiètent sur les temps cliniques..., sans parler des compléments salariaux des emplois ACS, Maribel et autres Activa+.
- 2) Le maintien de l'architecture générale du « décret relatif aux services de santé mentale ». Comme en 2005, pour les mêmes raisons et dans la droite ligne de la recommandation du Ministre de la Santé lui-même lors

de son audition au Parlement Bruxellois ⁽³⁾ la FSSMB, continue à soutenir cette position, telle que mon collègue Frédéric Willems l'a exposée à l'époque ⁽⁴⁾.

Remarquons au passage que si ce décret de 1995 rencontre encore actuellement la satisfaction globale des acteurs de terrain, c'est notamment parce que son élaboration a été très soigneusement menée à l'époque, d'une façon particulièrement démocratique, associant étroitement et pendant de longs mois les différentes parties concernées : les politiques, l'administration, les représentants patronaux et les représentants des travailleurs porteurs des réflexions et propositions des équipes de santé mentale.

Vous comprendrez bien qu'il m'est impossible de ne pas évoquer ici brièvement l'actualité, à savoir l'élaboration d'un décret ambulatoire assez récemment mis en chantier par les cabinets de Messieurs les Ministres Cerexhe et Kir.

Tout en souscrivant à priori à l'intérêt d'un décret-cadre ambulatoire bruxellois, notre question est actuellement bien sûr : comment s'assurer qu'un décret cadre bruxellois, qui fasse « toiture commune » puisse respecter aussi la structure architecturale de l'ensemble, en ce compris les fondations spécifiques de chaque secteur en termes de missions propres, de liberté et de créativité pour les remplir en s'adaptant aux réalités sociétales mouvantes.

Je me permets ici de vous faire part avec force au nom des acteurs de la santé mentale, de nos craintes. Elles portent principalement sur le délai proposé, (voire même imposé) pour aboutir à la mise en œuvre de ce nouveau décret, qui rend à nos yeux impossible une vraie élaboration en concertation. A ce jour, nous n'avons pas encore pu disposer des textes complets, qui comportent trois parties, l'harmonisation des différentes législations, l'intégration des « réseaux », et la démarche qualité. Le conseil consultatif section services ambulatoires les recevra demain, et son avis est attendu pour le 9 avril. Vous comprendrez aisément que mener une réflexion constructive et en étroite collaboration avec tous les acteurs concernés, avec tous les allers et retours que cela suppose entre les équipes, les fédérations et leurs représentants au conseil consultatif, et bien sûr les débats entre les différents secteurs, en vraie transversalité, et pas seulement en juxtaposition, mener tout cela, donc en six semaines (dont les vacances de Pâques) relève à nos yeux de l'utopie.

Spécifiquement la proposition de la « démarche qualité » suscite chez nous des questions scientifiques et techniques,

auxquelles nous n'avons pas obtenu de réponses vraiment éclairantes, capables de nous convaincre qu'il s'agit là vraiment d'un « plus » pour notre travail quotidien. En effet, les difficultés que nous rencontrons relèvent peu de la vie strictement interne de nos équipes, mais sont toujours en lien avec de multiples éléments extérieurs. Améliorer l'accueil par exemple, pourrait en effet se centrer sur plus de confort et convivialité de nos salles d'attente, mais implique surtout différentes interfaces et des relations très concrètes avec toute une série d'« envoyeurs », qui ont chacun des attentes spécifiques et des représentations différentes – parfois magiques – de ce que « les psys » sont censés réaliser, mettre en œuvre pour aider les personnes en détresse qu'ils ont devant eux, et vis-à-vis desquels ils se sentent débordés ou démunis.

L'attachement de notre secteur au décret de 95 concerne plus que jamais le principe de la démarche libre et volontaire des usagers. Remarquons ici qu'entretemps, certaines politiques fédérales, par exemple la mise en place des « projets thérapeutiques » en 2007, pourraient bel et bien mettre progressivement à mal ce principe, par le contrôle et le « traçage » insidieux des patients chroniques au premier chef.

Dans le large éventail belge d'offres de « soins psy », notre secteur continue à constituer, en région de Bruxelles-Capitale, une espèce d'« enclave » qui nous permet de penser le projet de soins en fonction de nos patients, de leur singularité, de l'hétérogénéité de leurs ressources propres, et de celles de leur entourage, ainsi que des divers dispositifs d'aide professionnelle actifs dans le quartier. Notre présence, un peu décentrée par rapport aux autres structures de « soins psy », est souvent une poche de liberté pour les personnes en souffrance psychique, et psychosociale (exclusion, marge, clandestinité...).

- 3) De nouveaux modes de prise en charge de ces populations sont certes à envisager, mais d'une manière qui implique – de facto – créativité, inventivité, voire bricolage, en lien avec tous les partenaires du contexte bruxellois. Pour d'évidentes raisons liées à l'évolution sociétale et urbaine dont la première caractéristique est bien une férocité croissante, ce public fragile et vulnérable est lui-même en évolution : les « marges » bougent, et la clandestinité et l'exclusion se redéfinissent donc régulièrement, impliquant des formes mouvantes d'expression de la souffrance, tant psychique que sociale.

Les dispositifs évoqués devraient donc également ne jamais être complètement définis, et suivre autant que possible ces mouvements « en sourdine ». Rude défi de politique de santé : soutenir par décret des réponses mouvantes à l'expression changeante de la souffrance... et rude défi pour les professionnels, amenés à quitter les dispositifs classiques, tout en maintenant la plus grande rigueur éthique et clinique dans leurs interventions.

(3) Cf. p.143 du rapport des auditions de la commission santé – juin 2006.

(4) pp. 78 et suivantes.

Au centre de nos préoccupations, reste en effet bien évidemment l'évaluation continue de nos pratiques, la réflexion autour de nos interventions et de leur adéquation.

Très concrètement, très quotidiennement, cette question de l'adéquation des offres que l'on voudrait « soignantes » traverse chaque équipe, chaque professionnel : quand nous parlons ici d'évaluation, nous ne parlons bien sûr pas d'abord en termes quantitatifs, ni en termes de « modèles qualitatifs dits scientifiques » mais issus d'autres champs que celui du soin et non transposables à celui-ci. Nous parlons en termes de formation permanente, d'engagement éthique et clinique, en termes de tissage progressif de liens, de co-construction – autour d'une rencontre parfois fugitive- d'une « communauté humaine d'appartenance » qui pourrait faire soin, pour reprendre les termes du Professeur Etienne Dessoy.

L'accent mis ici sur l'évaluation interne continue ne doit pas faire oublier par ailleurs le déploiement constant de nombreux partenariats et collaborations des services de santé mentale avec les autres secteurs de la santé et du social bruxellois, et de la diversité des dispositifs « en réseau » auxquels notre secteur participe, de façon différente selon les différents territoires et en lien avec une patientèle elle aussi très différenciée. Différenciée dans ses besoins et attentes en termes de santé et de réalité socio-économique, selon les quartiers de notre métropole.

Partenariats constants aussi – il n'est pas inutile de le rappeler – avec d'autres champs que celui de l'aide sociale, tels que l'école, l'aide à la jeunesse, la justice, le logement et le champ associatif au sens large, entre autres.

Je vous remercie de votre attention.

3. Audition de M. Serge Zombek, président de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

« Les Temps changent mais pas si vite qu'on le prétend », aussi, malgré la poursuite des travaux des uns et des autres, et malgré sa survenue très éloignée des auditions qui l'ont inspirée, le contenu de votre proposition contient nombre de préoccupations encore actuelles dans le secteur toxicomanie.

En bref, vos propositions sont toujours *tendance* !

En outre il nous semble bon que le dialogue soit à nouveau instauré, au moment même où la confection d'un nouveau

et large décret contribue à une certaine effervescence des idées.

Le secteur Toxicomanie vous propose donc de ponctuer votre contribution à ce dialogue par ses commentaires et ses propositions.

1. Introduction

Nous ne pouvons que soutenir votre éloge des transversalités :

- transversalité au niveau politique afin que toutes les compétences santé (Commission communautaire française, Communauté française mais encore Commission communautaire commune et Fédérales) puissent être coordonnées au plus grand bénéfice des usagers et des acteurs de terrain. Il va sans dire que l'articulation des entités francophones dans le champ de la prévention est très préjudiciable à la programmation d'actions de grande envergure et au long cours ;
- transversalité aux secteurs (santé, social mais aussi logement et emploi) afin d'exalter les actions en tentant d'embrasser un plus grand nombre de déterminants de la santé et de l'être social.

Nous ne pouvons que continuer à revendiquer une approche à la fois humaniste et pragmatique qui déclare que l'usager de drogue comme la personne souffrant au plan « mental » doit être tenue pour un citoyen respectable et responsable ; à cet égard, la reconnaissance du paradigme de la *réduction des risques* des usages de drogues est un témoignage de ce respect.

2) A propos de vos propositions communes aux deux secteurs, nous voudrions préciser certaines orientations :

2.1. Vous proposez de soutenir et développer l'offre de soins de première ligne et nous suggérons à cet égard :

- l'implication des secteurs spécialisés dans la construction des programmes de formation continuée ou de formation spécifique des médecins généralistes isolés et/ou en Maison Médicale (cf. Alto)
- l'extension de cette dynamique dans le cadre de formation des premières lignes sociales en tant qu'elles peuvent constituer les premiers relais vers le secteur Santé (et inversement)
- l'articulation des actions de différents niveaux par le biais des réseaux en santé

2.2. *Vous proposez que certaines réponses spécifiques aux urgences psychosociales soient mises sur pied, ce à quoi nous souscrivons*

- en rappelant que dans le secteur toxico, comme dans le secteur de la santé mentale, des services ou des réseaux de services rencontrent partiellement cet objectif (permanences téléphoniques, implantations au sein des services d'urgence des hôpitaux, centre d'appui)
- et en vous remerciant de continuer à soutenir des réflexions et les initiatives intersectorielles en ce sens.

2.3. *Nous répétons avec vous l'importance d'une articulation des niveaux de pouvoir en matière de prévention, Communauté française et Commission communautaire française (par le biais d'un Comité Francophone de coordination des politiques sociales et de santé) mais encore Commission communautaire commune, Vlaamse Gemeenschapscommissie et Etat Fédéral; à cet égard nous demandons de soutenir la reconnaissance des fédérations bruxelloises comme interlocutrices à part entière de la Communauté Française dans les très nombreux espaces de concertation ou de consultation.*

2.4. *Criante est la nécessité de disposer d'indicateurs de santé par le biais de recueils réguliers de données « standardisées par les acteurs de terrain »,*

- mais la réalisation de cette condition essentielle à une bonne programmation des actions réclame la coordination des compétences de la Communauté française, de la Commission communautaire française de la Commission communautaire commune (voir du Fédéral, s'il en reste) par le biais **d'accords de coopération** ;
- en matière de drogues, les nouvelles tendances, c'est-à-dire les nouvelles consommations de vieilles drogues ou les consommations de nouvelles drogues, dans la population générale comme dans les lieux d'accueil, d'aide sociale et de soins, doivent bénéficier d'une attention régulière, récurrente et standardisée;
- une approche particulière devra concerner les populations « cachées », « non atteintes », « dans la marge » de nos secteurs respectifs.

3) En ce qui concerne le secteur Toxicomanie / Assuétudes,

Voici comment nous nuancerions les propositions que vous soumettez au Collège :

3.1. *Vous demandez le maintien général de l'architecture du décret, et aujourd'hui que le décret nouveau s'annonce, opportunité pour les uns, risque majeur pour les autres, nous ajouterions qu'il convient à tout le moins de **maintenir les potentialités des « vieux décrets » dans le grand cadre du nouveau décret** et de promouvoir les modifications qui autorisent ou facilitent :*

- l'approche de certaines sous-populations (grande marginalisation et nouvelles consommations), nouvelles approches, nouveaux métiers (comme les pairs qui ressemblent aux médiateurs de terrain en gestation au fédéral), autant de nouvelles pratiques dès lors à reconnaître
- la mise sur pied de projets ponctuels de type recherche - action (comme celles qui se dessinent actuellement sous l'égide de la Fedito en matière de consommation d'alcool ou de cannabis chez les jeunes).

3.2. *Vous proposez un accord de coopération de la Commission communautaire française avec le SPF Justice pour la population carcérale et la réhabilitation des détenus :*

Et bien, à ce jour, le secteur n'est pas très favorable à une telle entreprise car elle a déjà été tentée et expérimentée comme trop lourde et trop contraignante alors que diverses législations garantissent, malgré les difficultés, l'accès aux prisons et la réalisation des missions en toute indépendance.

Le choix a dès lors porté sur la constitution, on se trouve en pleine actualité, d'une Confédération des Associations Actives en Prison, tous secteurs confondus, indépendante mais unie, à laquelle les institutions les plus concernées du secteur Toxicomanies participent activement.

Par contre, le secteur demande un soutien pour que les autorités pénitentiaires poursuivent et exaltent

- la formation du personnel,
- l'information des détenus et
- la mise sur pied de programmes de Réduction Des Risques à leur adresse.

3.3. *Comment défendre les spécificités bruxelloises au fédéral*

Nous ne cessons de rappeler, et demandons par votre intermédiaire que le Collège soutiennent ce « harcèlement », afin que la Cellule Politique Drogue soit enfin instituée comme le prévoit l'accord de coopération du 2 septembre 2002 en rappelant que

le Parlement Bruxellois est la seule entité fédérée à n'avoir pas ratifié le dit accord de coopération.

Ce qui n'a pas empêché des initiatives inter-communautaires comme la création de l'asbl *iDA* par les 3 fédérations représentatives des secteurs toxicomanie des 3 régions du pays, laquelle association conduit, en ce moment encore, la première campagne d'information nationale, et y promeut la « voix bruxelloise ».

3.4. *Vous demandez le maintien général de l'architecture du décret*, et aujourd'hui que le décret nouveau s'annonce, opportunité pour les uns, risque majeur pour les autres, nous ajouterions

3.5. *Votre proposition propose la réanimation du Réseau Alto en Région Bruxelloise*, proposition à laquelle de secteur bruxellois souscrit tout en suggérant qu'en ces temps de disette budgétaire l'on veille :

- à ne pas doubler ce qui s'est développé durant la période d'assouplissement du réseau Alto-Bruxelles
- à valoriser l'expertise des services spécialisés dans une co-construction avec le secteur généraliste
- promouvoir une approche de tous les produits et de toutes les consommations (cf. l'alcool et le cannabis)

3.6 *Dans la foulée, si l'amélioration de la formation (continué) des MG est, selon le secteur Toxicomanie, une nécessité*, il lui semble que l'appoint à la formation d'autres acteurs-clés pourrait être soutenu : nous voulons parler des urgentistes, des infirmiers, des assistants sociaux, des travailleurs de rue, etc ... Plus encore, il conviendrait de proposer décroissant en créant des cursus via un graduat s'adressant à toutes les professionnalités confrontées aux problèmes d'assuétudes (AS, Psy, Médecins, Criminologues, pharmaciens, etc ...) afin de promouvoir une « culture » commune et une tradition précoce de travail en réseau.

3.7. *Votre proposition indique d'envisager de nouvelles démarches Extra-Muros pour atteindre des populations marginales ou peu désireuses d'entrer en contact avec les services « traditionnels »*

Nous continuons à soutenir cette posture que celle d'aller à la rencontre (*outreach*) de certains usagers (par exemple dans la rue ou en milieu festif), de créer des passerelles entre ces lieux et les services ayant pignon, et ce par le biais de co-production de projets plus ou moins pilotes, voilà un modèle éprouvé à décliner de façon extensive (pour l'heure, cette modalité de faire est à l'étude en ce qui concerne les consommateurs de cannabis et d'alcool)

3.8. *Si l'intégration de la Réduction Des Risques doit effectivement se décliner désormais en toutes les réflexions relatives aux usages de drogues,*

Le secteur spécialisé informe la Commission de ce que certaines *actions* de Réduction Des Risques sont encore

- financées bien en de ça des besoins (cf. financement des échanges de seringue, distribution de matériel stérile et de préservatifs, ou de la publication de brochures de RDR)
- qu'elles ne trouvent pas encore leur place dans le décret tel qu'actuellement conçu (cf. prévention par le pairs)
- qu'elles restent parfois « hors la loi » comme le *testing* sur les lieux de consommations (avec bien entendu l'information et la RDR qui l'accompagne); à ce titre, est bienvenu tout soutien aux modifications législatives nécessaires au déblocage de cette situation.

Le secteur souhaite enfin solliciter le Collège, par votre intermédiaire, pour soutenir officiellement la Plate Forme de la RDR qui s'est constituée grâce à la collaboration de la Fedito, de la Ligue des Droits de l'Homme, du Centre d'Action Laïque de la Liaison Anti-Prohibitionniste, et de services actifs en toxicomanie.

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs les membres de la Commission, le secteur Toxicomanie vous remercie de votre attention pour ce *digest* et tiens à votre disposition les œuvres complètes beaucoup plus détaillées de ces commentaires et propositions du secteur, en lequel vous pourrez trouver de nombreuses références.

4. Discussion

La présidente remercie les invités pour les exposés complémentaires : M. Charles Lejeune qui a dressé un état des lieux et jeter un regard sur le passé, Mme Marie-Cécile Henriquet qui a mis l'accent sur les contraintes et les difficultés vécues au quotidien par les associations et M. Zombek qui a fait le tour de la proposition en pointant les demandes faites au Collège.

Mme Magda De Galan (PS) fait observer qu'après tant de réunions et de travail, et à la veille de pouvoir voter le texte de la proposition de résolution, les commissaires ont appris qu'un décret-cadre à double entrée social et santé était en gestation auprès des deux ministres concernés.

Or la proposition de résolution présupposait une architecture globale inchangée par rapport aux décrets de 1995,

même si de nouveaux produits et de nouveaux comportements devraient être connus et reconnus, notamment financièrement, dans le texte déposé.

L'intervenante revient à l'évaluation et aux personnes qui devront la prendre en charge (sera-ce un fonctionnaire, une équipe, ...) et rappelle qu'il s'agit d'une question difficile.

Il faudrait donc toiletter le texte sans connaître le texte du décret-cadre et à la veille d'un colloque organisé pour le PS sur la vie carcérale.

Comment dès lors prévoir l'architecture de la proposition de résolution, tenir compte des observations des experts et garder les éléments intéressants du texte tout en s'intégrant avec cohérence dans un futur décret-cadre dont les commissaires ne connaissent pas encore la teneur et la structure globale ?

En outre, d'après l'avis des trois experts présents, le délai semble court pour mener à bien toutes les concertations. Les commissaires se trouvent dès lors devant une double contrainte d'agenda et d'urgence sociale. Il s'agit pourtant d'une problématique importante qui mérite d'être prise en main et qu'il l'a été largement par la commission de la Santé du Parlement francophone bruxellois.

Il est donc l'heure de connaître et de reconnaître les acteurs de terrain qui œuvrent depuis des années dans ce domaine, au-delà des interventions alarmistes très ponctuelles de certains, sur la consommation d'alcool des jeunes notamment.

On peut l'observer, rien n'est figé dans ce domaine et le texte ne devra pas être figé, mais il devra quand même être suffisamment indicatif de la volonté des démocrates de présenter quelque chose de correct pour ce multiple secteur, ses acteurs et ses usagers.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) remercie les orateurs pour leurs réactions à la proposition de résolution.

Ce commissaire remarque ensuite que la commission se trouve dans une situation assez originale. En effet, au-delà du contenu de la proposition, il existe un problème d'agenda qui vient perturber la logique du travail de la commission.

La proposition de résolution est-elle dès lors en adéquation avec le futur décret-cadre social/santé dont le texte n'est pas encore déposé ?

Et l'intervenant, bien qu'il entende le souci des responsables du secteur de rester consultés et entendus, pense dès lors que la proposition ne pourra être examinée qu'après le décret.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) marque son accord avec les deux intervenants précédents. Il y a d'un côté la proposition de résolution et de l'autre le futur décret concernant le secteur ambulatoire.

La commissaire estime dès lors qu'il serait intéressant à ce stade que les parlementaires soient associés au travail global concernant ce secteur.

L'intervenante attire également l'attention sur les discussions institutionnelles et intrafrancophones qui ont lieu et en particulier sur l'existence du « sous-groupe matières personnalisables ». Ces éléments constituent également une pièce du puzzle et un pan de travail possible en la matière.

Dans ce contexte, il faut donc souhaiter des structures qui soient cohérentes de manière globale.

La présidente estime, comme les commissaires précédents, que le vote de la proposition n'aurait pas beaucoup de sens s'il a lieu avant de connaître le décret-cadre et avant la tenue d'une réunion conjointe des commissions de la Santé et des Affaires sociales.

M. Serge Zombek fait observer que le Conseil consultatif discute du décret-cadre depuis un bon moment avec l'administration et estime que la chose qui peut être dite c'est qu'il existe un réel dynamisme et une tradition de dialogue sur ce sujet.

Ce que demande le secteur, ce sont des garanties que tous les partenaires concernés soient présents dans l'élaboration de ce nouveau décret.

M. Charles Lejeune rappelle qu'il y a quinze ans que s'impose la nécessité de ce décret et qu'en effet les choses les plus ambitieuses sont les plus difficiles à mettre en place et prennent donc du temps à s'élaborer.

Mais il s'agit d'un choix : soit on se satisfait d'une « superposition de couches de mesures », ce qui peut satisfaire chaque secteur ainsi que la classe politique, dans la mesure où chacun des secteurs a son identité et sa cohérence propres, soit chaque secteur s'intègre dans une cohérence globale.

L'intervenant est favorable à cette dernière option qui est la mise en cohérence de tous les secteurs, surtout si elle s'accompagne d'une large méthode de concertation. L'interlocuteur ajoute que les grandes difficultés de ce projet de décret sont le phasage dans le temps et la réappropriation du nouveau texte par l'ensemble des acteurs.

La présidente, Mme Fatiha Saïdi, pense en effet que le grand défi de ce décret sera d'être un texte « universaliste » qui tienne compte de la globalité mais également de la spécificité de chaque pan de ce secteur qui a évolué et dans lequel des besoins nouveaux sont apparus.

Mme Souad Razzouk (PS) souhaite poser deux questions : d'une part les premiers décrets ont été votés en 1995 et depuis quinze ans, semble dire M. Lejeune, on tente de les modifier. Quels étaient les problèmes des premiers

décrets ? D'autre part par rapport à la mise en cohérence de tous ces secteurs, quelles sont les problématiques qui ont été soulevées lors des Assises de l'ambulatoire et cela vaut-il la peine, par rapport au travail effectué durant des années, de refaire un décret ?

Mme Marie-Cécile Henriquet souligne que les décrets de 1995 n'étaient pas du tout insatisfaisants, et notamment celui qui concerne la santé mentale, et qui avait été précédé de longs et sérieux travaux préparatoires.

Le changement, la nouveauté est un décret qui fasse « toiture » et qui, s'il a été régulièrement évoqué, n'a jamais été mis en chantier.

M. Charles Lejeune expose que les Assises de l'ambulatoire consistaient en une mise en forme systématique d'un dialogue entre les différents acteurs de l'ambulatoire social/santé, l'administration et les cabinets, l'objectif étant de travailler sur les questions clés que sont l'accueil, la transversalité et l'évaluation. La deuxième partie des travaux concernait l'évaluation, qui a donné lieu à une recherche/action systématique et difficile, mais essentielle et qui a suscité de nombreuses rencontres et abouti à un résultat intitulé l'évaluation réflexible comme modèle d'évaluation proposé. Et ensuite, la classe politique n'a plus donné sa priorité à ce processus.

La méthodologie proposée alors a été largement reprise par le CRACS attaché au CBAI et ayant pour mission d'accompagner et d'évaluer l'ensemble du secteur de la cohésion sociale. Cette méthode est toujours intéressante aujourd'hui parce qu'on s'est rendu compte que l'évaluation ne pouvait plus venir du dessus, mais qu'il fallait passer par une systématisation de la prise de connaissance de ce qui se fait sur le terrain. Dans la pratique, chaque secteur pratique déjà l'autoévaluation née des rencontres entre les avis de ses différents acteurs.

L'évaluation faite par l'extérieur, venant du « dessus » provoquera des blocages et ne pourra de toute façon pas fonctionner sans partenariat, sans dialogue, sans concertation.

La Présidente donne la parole à Mme Dominique Maun, collaboratrice du ministre de la Santé, M. Benoît Cerexhe.

Mme Dominique Maun excuse l'absence du ministre et donne quelques précisions techniques sur le futur décret-cadre social/santé.

Au niveau de l'exécutif, le processus du décret-cadre est en cours et est dans une phase de concertation avec le secteur concerné et de consultation auprès du Conseil consultatif auquel le projet sera présenté le lendemain.

Le projet n'a donc pas encore été présenté au Parlement.

Pour ce qui est des liens entre la proposition de résolution et le projet de décret, les ministres de la Santé et des Affaires sociales se sont engagés à avancer en douceur et notamment à ne pas remettre en question les missions respectives du secteur concerné.

A la demande d'informations plus précise de Mme Dominique Braeckman (Ecolo), Mme Dominique Maun expose que la volonté des ministres est que le projet puisse être déposé dans le courant du mois de mai et voté (et les arrêtés d'application pris) dans le courant de cette législature.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) estime dès lors qu'il serait utile, au vu de toutes les observations émises durant la réunion, que les signataires se rencontrent et discutent de l'opportunité de maintenir ou non le dépôt de la proposition de résolution.

Mmes Dominique Braeckman (Ecolo) et Magda De Galan (PS), co-signataires de la proposition, marquent leur accord avec cette dernière intervention.

Les auditions sont ainsi closes.

III. Réunion du 22 avril 2009

1. Exposé de M. André du Bus de Warnaffe, cosignataire de la proposition de résolution

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) rappelle que le texte de cette résolution a déjà été longuement évoqué par la commission, et que celle-ci avait interrompu les travaux en raison du décret « ambulatoire » qui allait répondre à une partie des problèmes exposés lors des auditions des responsables des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie.

Pour reprendre de façon succincte les développements de la proposition de résolution à l'examen, ceux-ci s'inscrivent dans la déclaration gouvernementale de 2004 qui prévoyait l'évaluation des décrets relatifs à la santé mentale et à la toxicomanie.

Dans le cadre de cette évaluation, les responsables de ces services ont fait part, lors de leurs auditions en commission, des bénéfices de ces décrets mais ne fermaient pas la porte aux innovations nécessaires au regard de l'évolution de la société.

De longs débats ont eu lieu sur le caractère complexe et le morcellement des compétences en matière de santé, sur la coopération nécessaire entre les différentes entités fédérées et sur la nécessaire collaboration, coopération et concertation entre le niveau fédéral, les communautés, les régions et l'échelon local.

La commission a pu se rendre compte que la santé est le produit du développement économique et social, que

la maladie et le mal-être sont des facteurs propices à la consommation problématique de drogues et que les causes de cette consommation sont une « imbrication d'histoire personnelle, de facteurs sociaux, culturels, professionnels dans lesquels les personnes évoluent ».

Depuis l'adoption des décrets en 1995, il y a eu une évolution des mentalités en matière de drogues et d'assuétudes et un exemple en est le développement de la réflexion et des actions en matière de réduction des risques.

M. du Bus de Warnaffe en vient ensuite au corps même de la proposition de résolution, et rappelle que plusieurs considérants reprennent ce que l'intervenant vient de développer : la répartition des compétences, la nécessité de prendre en considération le concept de santé tel que défini par l'OMS, l'importance de la prévention, la promotion de la santé, la nécessité de reconnaître les usagers ainsi que leur implication dans le processus d'élaboration des politiques qui les concernent.

Pour ce qui concerne les demandes au Collège, l'important est de continuer à soutenir l'offre de soins de première ligne (en ce compris les associations locales de généralistes et les maisons médicales) et de prévoir les dispositifs permettant de répondre aux urgences psychosociales.

Pour ce qui concerne plus particulièrement le secteur de la santé mentale, les auteurs de la proposition demandent de maintenir l'architecture générale du décret relatif aux services de santé mentale, d'envisager d'autres modes de prise en charge répondant aux besoins des populations défavorisées, et de favoriser une meilleure participation des médecins aux actes de prévention.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les drogues et les assuétudes, les auteurs demandent au Collège de maintenir l'architecture générale du « décret relatif aux services actifs en matière de toxicomanie », de défendre les spécificités bruxelloises, de remettre en service le réseau Alto à Bruxelles, de demander aux autres entités fédérale et fédérées d'améliorer la formation continuée, et d'intégrer dès aujourd'hui la notion de réduction des risques dans toute nouvelle réflexion en matière de drogues.

M. du Bus de Warnaffe, co-auteur, termine ainsi l'exposé du texte tel qu'il fut déposé avant le vote du décret « ambulatoire », vote qui conduit les auteurs de la proposition à déposer les trois amendements qui seront examinés lors de l'examen du texte de la proposition.

2. Discussion générale

Intervention de M. Benoît Cerexhe, président du Collège, ministre en charge de la Santé

Le ministre-président prend brièvement la parole au sujet de la proposition de résolution à l'examen. En effet, depuis

le début des travaux de la commission, un élément nouveau est apparu, à savoir le décret dit « ambulatoire ». Les commissaires et les ministres en ont suffisamment débattu pour ne pas s'étendre sur le sujet, mais il souhaite malgré tout faire le lien entre ce décret et certaines thématiques reprises dans la proposition de résolution.

Tout d'abord, le décret portant sur l'ensemble des services ambulatoires du secteur de la santé et du social, il est évidemment un incitant pour augmenter toutes les transversalités et les échanges entre ces deux secteurs. Il s'agit d'une politique extrêmement claire.

D'autre part, le soutien du travail en réseau, que le ministre-président a porté durant cette législature, a été formalisé dans le décret par l'octroi d'un agrément. Ceci permet aux réseaux d'entrer dans une logique de financement pluriannuelle.

Le décret ouvre également la porte aux promoteurs de réseaux issus du secteur social, alors que jusqu'à présent seuls les opérateurs « santé » pouvaient prétendre à ce titre.

Enfin, le décret, par l'agrément à durée indéterminée et l'harmonisation des normes, rationalise la charge administrative des services, même s'il y a encore beaucoup de travail.

Le ministre-président pense que le Collège a déjà répondu à certaines des recommandations contenues dans la proposition. Néanmoins, le long et rigoureux travail mené sur ces deux législatures, et il tient à souligner la qualité de ce travail, garde toute sa pertinence. En effet, le décret « ambulatoire » harmonise les normes et la procédure d'agrément. A ce stade, les missions n'ont donc pas été modifiées. Dès lors le chemin devra inévitablement se poursuivre. Le ministre-président pense notamment aux recommandations suivantes :

- prévoir un dispositif permettant de répondre aux urgences psychosociales;
- en matière de santé mentale
 - envisager d'autres modes de prise en charge répondant aux besoins des populations défavorisées, en promouvant des démarches novatrices intra-muros et extra-muros pour les publics exclus, marginaux, voire clandestins;
- en matière de toxicomanie
 - envisager de nouvelles démarches de type extra-muros permettant aux équipes de prendre contact avec les usagers de drogues;
 - réfléchir à l'intégration de la notion de réduction des risques dans toute nouvelle réflexion en matière de drogues.

Le travail de la commission confirme donc, qu’avec le vote du décret, le Parlement et le Collège ont fait un premier pas extrêmement important, que des évolutions doivent être prévues et que le ministre-président est prêt, dans le futur, à travailler dans ce sens-là.

La présidente, Mme Fatiha Saïdi, rappelle qu’en effet les longs travaux de la commission et le vote du décret « ambulatoire » entraînent quelques petites modifications dans le texte de la proposition de résolution. Ceci explique les trois amendements de réactualisation déposés par les signataires.

3. Examen et vote des considérants et des points du dispositif

Un amendement n° 1 est déposé par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Souad Razzouk, visant à ajouter un référent au tout début du texte, rédigé comme suit :

« Vu le décret du 5 mars 2009 relatif à l’offre de services ambulatoires dans les domaines de l’Action sociale, de la Famille et de la Santé ».

Justification

Le décret dit « ambulatoire » répond en partie à la demande de transversalité et de renforcement des liens entre les secteurs du social et de la santé, demande qui a été formulée par l’ensemble des acteurs des secteurs concernés. Ce sont treize législations qui font l’objet d’une coordination et d’une harmonisation tout en respectant les spécificités de chaque secteur dont ceux de la santé mentale et de la toxicomanie.

L’amendement n° 1 est adopté à l’unanimité des 12 membres présents.

Un amendement n° 2 est déposé par Mmes Dominique Braeckman, Souad Razzouk et M. André du Bus de Warnaffe, visant à supprimer le 8^{ème} tiret du dispositif rédigé comme suit :

« – Mettre en place la Comité francophone de coordination des politiques sociales et de santé afin de répondre aux difficultés liées à la répartition complexe des compétences. »

Justification

Ce Comité fonctionne depuis septembre 2008. Il s’est déjà réuni à quatre reprises.

L’amendement n° 2 est adopté à l’unanimité des 12 membres présents.

Un amendement n° 3 est déposé par Mme Souad Razzouk, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman, visant à supprimer le 15^{ème} tiret du dispositif rédigé comme suit :

« – Initier un accord de Coopération avec le SPF Justice permettant une meilleure prise en charge de la population carcérale et la réhabilitation des détenus. »

Justification

Suite à l’adoption au niveau fédéral de la loi du 12 janvier 2005 dite loi de principes concernant l’administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus, des initiatives positives ont été prises dont notamment du côté francophones : la création d’une Asbl faîtière composée des secteurs associatifs travaillant en milieu carcéral, l’organisation d’une conférence inter-ministérielle sur les établissements pénitentiaires, la mise en place d’une commission de pilotage des compétences en milieu carcéral.

Dès lors, à ce stade, l’initiation d’un accord de coopération n’est plus nécessaire et n’est plus demandé par le secteur.

L’amendement n° 3 est adopté à l’unanimité des 12 membres présents.

Les considérants et les tirets du dispositif qui n’ont fait l’objet d’aucune observation sont adoptés à l’unanimité des 12 membres présents.

4. Vote sur l’ensemble de la proposition de résolution

L’ensemble de la proposition de résolution telle qu’amendée est adopté à l’unanimité des 12 membres présents.

5. Approbation du rapport

Il est fait confiance à la présidente et à la rapporteuse pour la rédaction du rapport.

La Rapporteuse,

Souad RAZZOUK

La Présidente,

Fatiha SAIDI

IV. Texte adopté par la commission

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

relative à la santé mentale et aux drogues et assuétudes

Vu le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé;

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

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

Considérant la répartition des compétences entre les différentes entités fédérées;

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

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

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

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

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

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

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

L'Assemblée de la Commission communautaire française

demande au Collège de :

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

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

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

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

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

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

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

V. Annexes

PROPOSITION DE RÉSOLUTION RELATIVE À LA SANTÉ MENTALE ET AUX DROGUES ET ASSUÉTUDES :

REMARQUES ET DEMANDES DU SECTEUR TOXICOMANIES

Novembre 2007

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	17
II. COMMENTAIRES FEDITO SUR LES RECOMMANDATIONS DE LA PROPOSITION DE RESOLUTION :.....	17
2.1. Soutenir et développer l' offre de soins de première ligne , en ce compris les associations locales de médecins généralistes et les maisons médicales, en veillant à une meilleure couverture de l'ensemble de la Région, en fonction des besoins, en matière de santé mentale, de drogues et d'assuétudes, en particulier pour les populations défavorisées;	17
2.2. Prévoir un dispositif permettant de répondre aux urgences psychosociales ;	17
2.3. Soutenir des initiatives permettant les échanges entre les différents acteurs des secteurs sociaux et de la santé ; SMES et centre global médico-psycho-social à développer je n'ai pas d'infos là-dessus.....	18
2.4. Préciser et améliorer les articulations en matière de prévention entre la Commission communautaire française et la Communauté française ;	18
2.5. Améliorer la définition des indicateurs de santé , leur recueil ainsi que leur étude par l'Observatoire bruxellois de la santé et du social en partenariat avec les utilisateurs de l'information :	18
III. DEMANDE AU COLLEGE, EN MATIERE DE DROGUES ET D'ASSUETUDES :.....	18
3.1. Maintien général de l' architecture du « décret relatif aux services actifs en matière de toxicomanies ».	18
3.2. Initier un accord de coopération avec le SPF justice permettant une meilleure prise en charge de la population carcérale et la réhabilitation des détenus.	19
3.3. Défendre les spécificités bruxelloises au sein de la conférence interministérielle déterminant une politique de drogues globale et intégrée via la Cellule Globale Drogues définie par l'accord de coopération du 2 septembre 2002.	19
3.4. Remettre en service le réseau Alto à Bruxelles dans l'optique de pallier l'insuffisance d'interventions de soins de première ligne.	20
3.5. Demander aux autres entités fédérale et fédérée d'améliorer la formation continuée de médecins généralistes en matière de drogues et d'assuétudes :	20
3.6. Envisager de nouvelles démarches de type extra-muros permettant aux équipes de prendre contact avec les usagers de drogues.....	21
3.7. Intégrer la notion de la RdR dans toutes les réflexions en matière de drogues et considérer cet aspect du travail comme une obligation	21
ANNEXES	
Annexe 1 : Intervention en prison des Services Actifs en Toxicomanies : Principes et propositions (septembre 2007)	22
Préambule : Pour une application complète du nouveau droit des peines.	22
Principe 1 : garantir l'accès à la prison pour les travailleurs des services externes.	22
Principe 2 : garantir l'information des détenus.	23
Principe 3 : garantir l'équivalence et la continuité des soins.	23
Principe 4 : garantir le secret professionnel.	24
Propositions :	25
Proposition 1 : programmes de formation du personnel carcéral.	25
Proposition 2 : Développer l'information et la sensibilisation des détenus.	25
Proposition 3 : Développer les programmes de prévention et de réduction des risques en prison.	25
Annexe 2 : Alto à Bruxelles 2006 :Quelle(s) formation(s) pour les MG à Bruxelles ?	27
Le secteur spécialisé à Bruxelles :	27
Remarques concernant un réseau Alto à Bruxelles :	27
Comment initier cette co-construction ?	28
Annexe 3 : Réduction des Risques, éviter le retour en arrière. Editorial de la lettre d'information de la FEDITO Bxl, octobre 2007.....	29

I. INTRODUCTION

Le secteur Toxicomanies retrouve nombre de ses préoccupations dans les développements de la résolution, en particulier s'agissant des éléments suivants :

1° Transversalité politique et compétences santé :

Nécessité d'une politique concertée, plus transversale, partenariat institutionnel nécessaire entre les différents niveaux de pouvoirs compétents, particulièrement entre CoCof et C. Fr, mais également avec le niveau fédéral et les Commissions communautaires.

2° Transversalité social-santé-logement ... :

- *Reconnaître d'autres déterminants que les seuls facteurs biologiques et génétiques des personnes, nécessité d'une approche intégrée en matière de politique de santé au sein du gouvernement de la région de Bxl;*
- *« Nécessité d'une approche plus globale des problématiques des personnes qui s'adressent à nos secteurs. Les usagers viennent moins avec un problème particulier qu'avec une accumulation de problèmes et les professionnels ne peuvent plus aborder seuls les situations complexes qui relèvent dans de nombreux cas d'une pluralité d'actions»...*
- *Exclusion sociale des toxicomanes*
- *« Nécessité de renforcer les moyens consacrés à la santé dans les quartiers défavorisés »*

3° Drogues légales et illégales, une approche humaniste et pragmatique :

- *Approche plus diversifiée des drogues envisageant tous les usages de produits psychotropes, de l'occasionnel au récréatif, du problématique à la dépendance. Considération plus humaniste également considérant l'usager de drogues comme un être responsable et autonome, libre de ses choix, y compris de dépendance,»*
- 0 *Reconnaissance de la RdR comme une stratégie de Santé Publique portant sur deux axes : la promotion de la santé favorisant le lien entre consommateur et réseau, et la prévention des risques de l'usage de produits psychoactifs.*

II. COMMENTAIRES FEDITO SUR LES RECOMMANDATIONS DE LA PROPOSITION DE RESOLUTION :

2.1. Soutenir et développer l'offre de soins de première ligne, en ce compris les associations locales de médecins généralistes et les maisons médicales, en veillant à une meilleure couverture de l'ensemble de la Région, en fonction des besoins, en matière de santé mentale, de drogues et d'assuétudes, en particulier pour les populations défavorisées;

Concernant Alto et la formation continue de Médecins Généralistes, le secteur Toxicomanies développe des réflexions et des projets décrits en annexe. **voir infra et annexes .**

Les premières lignes sociales sont également autant de relais vers l'aide, le soutien et les soins spécialisés. En cela, elles font partie intégrante du dispositif élargi de soins (et de la prévention si l'on veut être complet) . Une formation appropriée et continue devrait permettre d'améliorer les articulations intersectorielles (comme celle qu'organise la CTB ainsi que les programmes en gestation au sein du groupe de travail « Formation » de la Fedito).

Enfin, la conception même des réseaux en santé, centrés soit sur une thématique « usage de drogues » (cf. Réseau Dépendance, Réseau Bas-Seuil), soit sur une problématique « transversale » (cf. Réseau Hépatite C, Réseaux Nomade et Réseau SMES, urgences psy via le Réseau Eole-Lien, etc ...) représente une opportunité de soutenir les acteurs de premières lignes via les interventions et les échanges cliniques.

Ainsi, ce soutien aux acteurs de première ligne devrait progressivement promouvoir une couverture géographique de la ville plus cohérente, certaines zones étant encore « délaissées » à ce jour.

2.2. Prévoir un dispositif permettant de répondre aux urgences psychosociales;

La permanence téléphonique 24 heures/24 d'un service du secteur Toxcomanies de même que les services ambulatoires spécialisés implantés dans les urgences psychiatriques hospitalières constituent déjà un maillon de cette réponse aux urgences psycho-sociales.

D'autres projets plus ou moins investis par le secteur Toxicomanies sont à l'étude et méritent à tout le moins d'être analysés et éprouvés quant à leur pertinence (Centre d'Appui COCOM mettant en scène le CASU, les membres de la concertation Sans-Abris, le Réseau SMES, d'une part, le Projet de Plateau d'Urgence Psycho-Médico-Sociale déjà présenté en CCons).

2.3. Soutenir des initiatives permettant les échanges entre les différents acteurs des secteurs sociaux et de la santé ;

Les arguments développés aux points 2.1. et 2.2. indiquent autant de pistes susceptibles de rencontrer la très pertinente recommandation.

2.4. Préciser et améliorer les articulations en matière de prévention entre la Commission communautaire française et la Communauté française ;

- Le partage on ne peut plus « flou » des activités du pôle prévention (information, formation, accompagnement de pratique et de projet, promotion de la santé, et réduction des risques), qui se trouvent « à cheval » entre la Communauté française et la COCOF pose différents problèmes pour les SAT subsidiés par les deux niveaux de pouvoir : surcharge administrative, problème lors des agréments, et difficulté à faire aboutir les projets pour lesquels plusieurs niveaux de pouvoirs sont compétents.
- Les fédérations régionales sectorielles, FEDITO wallonne et bruxelloise, ne sont pas interlocutrices de la Communauté française malgré leur activité importante sur ce volet.
- A la périphérie du secteur de la Santé, il existe également un cloisonnement trop strict entre le secteur toxicomanie (Santé COCOF et C. Fr) et l'enseignement, l'aide à la jeunesse, la culture (éducation permanente, jeunesse et loisirs) et les sports ; ce cloisonnement handicape la mise en place de programmes d'information et de promotion de la santé transversaux.

Nous souscrivons à la proposition de « *mettre en place le Comité francophone de coordination des politiques sociales et de santé afin de répondre aux difficultés liées à la répartition complexe des compétences* ». En plus de l'articulation escomptée, celle-ci pourrait permettre de préparer un « parler d'une même voix francophone » à faire valoir dans la future Cellule générale drogues.

Cette nécessaire transversalité et cette clarification des compétences urgente entre francophones ne doit pas mettre au second plan la nécessité d'une meilleure collaboration et répartition des compétences avec les autres niveaux pouvoirs actifs à Bruxelles : COCOM, VGC, Etat fédéral. L'actuel saucissonnage des compétences rend très difficile la mise en place d'une politique de Santé drogues cohérente et adaptée à la réalité de notre ville.

2.5. Améliorer la définition des indicateurs de santé, leur recueil ainsi que leur étude par l'Observatoire bruxellois de la santé et du social en partenariat avec les utilisateurs de l'information ;

Le même type de problème de multiplication et de coordination des compétences institutionnelles à Bruxelles

se pose pour ce qui concerne le recueil de données sur les consommations de produits psychoactifs et le traitement des personnes dépendantes à Bruxelles. Concernant le secteur Toxicomanies, des indicateurs spécifiques existent actuellement.

Le logiciel ADDIBRU (CTB) permet de mesurer les demandes de traitements dans les centres de soins spécialisés. Eurotox pour la Communauté française, et la CTB pour la COCOM sont chargés de recueillir des données épidémiologiques et de les analyser pour l'Institut de Santé Publique (fédéral).

Suivant le découpage institutionnel et les demandes du fédéral, le logiciel Addibru, réalisé par la CTB, traite les demandes de traitements (TDI) des services de soins FR-NL, et Eurotox remplit sa mission pour l'ensemble de la Communauté française sans se pencher sur la situation bruxelloise en particulier.

En résumé, Eurotox et CTB possèdent une expertise précieuse dans ce domaine, et il serait pertinent et rationnel de faciliter leur travail en remédiant aux incohérences institutionnelles actuelles, en reprécisant leurs missions respectives et en articulant leurs activités avec l'Observatoire Bruxellois afin de faire coïncider certaines de leurs missions à la réalité de Bruxelles et aux besoins du secteur bruxellois, plutôt que de repartir de zéro avec de nouveaux acteurs.

Dans cette attente et faute d'accord de coopération entre Communauté française et COCOM, la FEDITO ne dispose pas aujourd'hui d'outils pour répondre à la demande de la COCOF « *d'objectiver les problèmes et leur caractère prioritaire en faisant appel notamment à l'expertise de la CTB* ».

III. DEMANDE AU COLLEGE, EN MATIERE DE DROGUES ET D'ASSUETUDES :

3.1. Maintien général de l'architecture du « décret relatif aux services actifs en matière de toxicomanies ».

Le décret a, jusqu'à présent, permis le déploiement des nombreuses activités du secteur, même si certaines nouvelles actions, répondant à l'évolution des modes de consommation, trouvent aujourd'hui trop difficilement place dans ce texte.

La précarisation croissante de certains usagers habitant de la rue (et y consommant) et la consommation d'une gamme de produits variés et plus ou moins nouveaux dans différents lieux festifs ont amené certains services à adapter leur travail à ces tendances et à sortir des locaux pour aller à la rencontre des usagers non-demandeurs d'aide. Ces activités de travail de rue ou dans les lieux de consommation impliquent de nouvelles manières de travailler voire l'arrivée de nouvelles professions dans le secteur. La question de la reconnaissance de ces « nouvelles » pratiques et la

mise en place de formations *certifiantes* adaptées à ces travailleurs serait un pas pour légitimer et développer ce type d'activité.

Un service membre de la FEDITO, l'asbl DUNE, est en initiative depuis 10 ans. Son agrément est soutenu par le secteur qui souhaite qu'une solution soit trouvée à cette situation et ce indépendamment d'une réflexion sur les missions du secteur ou d'une révision de son décret.

Pour les services agréés, la mise en place de certains projets ponctuels déterminés dans le temps (recherche action,...) est aujourd'hui très difficile étant donné la pauvreté des budgets disponibles en initiative. Ces difficultés concernent notamment les réflexions menées actuellement au sein du secteur en matière de Cannabis et d'Alcool.

Hormis ces points et dans l'attente d'une réflexion transversale sur une politique de santé intégrée et la définition d'objectifs de Santé Publique précis et vérifiables, le décret constitue un outil appréciable pour le secteur.

Concernant le projet de décret cadre en discussion depuis quelques semaines, le secteur Toxicomanies pense qu'un processus de réforme impliquant les acteurs de terrain de l'ambulatoire est souhaitable, dès lors que les étapes-clé suivantes seraient envisagées :

- 1° Définition du cadre général de cette réforme et de ses objectifs
- 2° Précision des objectifs de Santé Publique régionale.
- 3° Définition des objectifs de Santé Publique sectoriels.
- 4° Définir les priorités de santé régionales en inter-fédération social-santé.
- 5° Analyse prospective des plus et moins values de cette réforme pour les services, les travailleurs, et les usagers de services.

3.2. Initier un accord de coopération avec le SPF justice permettant une meilleure prise en charge de la population carcérale et la réhabilitation des détenus.

La rédaction d'un protocole de coopération sectoriel est un processus lourd et contraignant qui peut être envisagé si des problèmes avérés, récurrents, structurels sont identifiés dans plusieurs services intervenant en milieu carcéral. En dépit de conditions de travail difficiles, l'accès aux prisons et la possibilité de remplir les missions des SAT sont généralement assurées. Il faudrait dans l'hypothèse de la rédaction d'un protocole de coopération partir des difficultés rencontrées, identifier les problèmes actuels ou prévisibles, et rédiger un document en fonction des

pratiques respectives (secret professionnel, accès aux prisons, respect des règlements intérieurs, autres...) des acteurs qui seraient impliqués par le protocole (SAT, SPS, administration pénitentiaire,...).

Diverses législations garantissent actuellement l'accès de nos services dans les prisons et la réalisation de leurs missions :

- La circulaire ministérielle n° 1785 relative à la problématique de la drogue en prison, L. Onkelinx, 18 juillet 2006
- la « loi Dupont » concernant l'administration des établissements pénitentiaires et le statut juridique des détenus de janvier 2005.
- La note politique drogues de janvier 2001 « note Alvoet »
- L'agrément et les Conventions des SAT de la CCF détaillant certaines missions en milieu carcéral

Par ailleurs, la Confédération des Associations Actives en Prison, actuellement en constitution sous l'égide de la Communauté française, pourrait également représenter les SAT et le secteur Toxicomanies dans une série de forums et de lieux de concertation.

Les services membres de la FEDITO ont rappelé en 2007 une série de principes concernant leur travail en prison et ont formulé certaines propositions pour une meilleure gestion des consommations de produits psychoactifs en prison : les propositions portent sur trois axes :

Proposition 1 : Programmes de formation du personnel carcéral.

Proposition 2 : Développer l'information et la sensibilisation des détenus.

Proposition 3 : Développer les programmes de prévention et de réduction des risques en prison.

Document « Intervention des Services Actifs en Toxicomanies en prison : principes et proposition en **annexe 1**. En ligne sur : http://www.feditobxl.be/actualites.php?id_actu=74)

3.3. Défendre les spécificités bruxelloises au sein de la conférence interministérielle déterminant une politique de drogues globale et intégrée via la Cellule Globale Drogues définie par l'accord de coopération du 02 septembre 2002.

La mise en place de la cellule politique drogues est une demande récurrente du secteur toxicomanies bruxellois et est inscrite dans son « Mémoire 2007-2011 pour une politique drogues cohérente ».

Sa mise en place est bien sûr un préalable nécessaire à la défense des spécificités bruxelloise au sein de ladite cellule. Cela implique une ratification par le parlement de la Région de Bruxelles Capitale, dernière entité fédérée à ne pas avoir ratifié l'accord de coopération.

La non mise en place de la cellule générale drogues n'empêche pas les collaborations aux niveaux des terrains. La FEDITO bruxelloise a notamment, avec son homologue wallonne et la Vereniging voor Alcohol- en andere Drug-problemen (VAD) constitué une asbl qui regroupe les trois fédérations régionales et qui s'intitule Info@D.

Info@D, a pour mission « *l'organisation et/ou le suivi de toute activité dans le domaine de la santé en rapport avec les consommations de drogues légales et illégales et ce, sur l'ensemble de la Belgique. En particulier, l'association pourra organiser des campagnes d'information pour tout public et favoriser les contacts et les échanges entre les acteurs de terrain* ». (statuts Info@D asbl, art. 3).

Cette initiative nous semble une intéressante stratégie pour que le secteur Bruxellois occupe la place qui lui revient afin de promouvoir (oserions-nous dire exporter) ses analyses, ses initiatives et ses savoirs-faire, à Bruxelles (et au-delà du territoire régional).

A titre d'exemple, la partenaire bruxellois d'info@D aura eu un impact déterminant dans la conception et la mise en œuvre d'une campagne nationale de grande envergure qui sera lancée au tout début de l'année 2008. Il serait souhaitable que le secteur Bruxellois dans son ensemble, et celui de la COCOF particulièrement, soit confirmé « au plan institutionnel » dans cette fonction de secteur ressource, aux côtés de leur partenaire wallon et flamands.

Les fédérations sectorielles ont également remis un memorandum commun pour le prochain gouvernement fédéral en formation.

(Texte en ligne sur http://www.feditobxl.be/actualites.php?id_actu=69)

3.4. Remettre en service le réseau Alto à Bruxelles dans l'optique de pallier l'insuffisance d'interventions de soins de première ligne.

En annexe, l'avis du secteur Toxicomanies sur la réactivation du réseau Alto à Bruxelles suite à la demande de réactivation (2006).

L'action du secteur toxicomanies est depuis l'origine orientée vers la réinsertion des usagers de drogues illégales dans les « filières traditionnelles ». Grâce au modules de formation et d'intervision proposés par le secteur Toxicomanie, des médecins isolés ou des maisons médicales continuent à les accueillir et les prendre en charge. Malgré ce travail de très longue haleine, les filières

« traditionnelles » (médecins et hôpitaux généralistes) restent dans leur majorité peu réceptives et insuffisamment sensibilisées à ces enjeux.

Les initiatives visant à améliorer l'accueil, l'information, la prise en charge et l'orientation des personnes dépendantes par les médecins généralistes (MG) à Bruxelles sont sans équivoque souhaitable, mais, selon le secteur Toxicomanie, il conviendrait de veiller :

- à éviter tout gaspillage de l'étroite marge budgétaire de la COCOF via une initiative inadaptée à la demande des MG, ou en créant une structure trop proche des actions déjà existantes à Bruxelles;
- à valoriser l'expertise accumulée par les services spécialisés dans ce domaine. Un service forme des médecins généralistes depuis 15 ans et soutenait déjà le réseau Alto bruxellois avant que celui-ci ne s'éteigne;
- à promouvoir une ouverture à l'ensemble des consommations. Il est essentiel de ne plus se limiter aujourd'hui à la seule prescription d'opiacés. Cannabis, drogues de synthèse, alcool, médicaments, hépatite C... sont à aborder dans un cadre général explicatif des mécanismes des assuétudes. Les services actifs en Promotion de la Santé peuvent contribuer si nécessaire à réaliser une formation de ce type en complémentarité avec les services actifs en soins en fonction de leur spécialisation;
- et enfin, à éviter un re-cloisonnement des secteurs via la réanimation d'un réseau qui serait exclusivement construit pour et par le secteur MG ; les principes de transversalité décliné plus haut, non seulement généraliste/spécialistes mais encore santé/social devraient nourrir la conception même de la relance d'un réseau Alto.

3.5. Demander aux autres entités fédérale et fédérée d'améliorer la formation continuée de médecins généralistes en matière de drogues et d'assuétudes :

Au-delà de l'amélioration du cursus général des médecins généralistes ainsi que des urgentistes par des modifications de leur formation de base et des processus de formation continuée (Glems, CUMG, Dodécagroupes), il conviendrait de favoriser l'intégration de la thématique « drogues-assuétudes » à l'université via la mise en place d'un **graduat post-universitaire** d'une année s'adressant aux psychologues, assistants sociaux, médecins, criminologues, licenciés en sciences humaines, pharmaciens,... intéressés par ce sujet.

Celui-ci pourrait être *interfacultaire* vu les différents domaines indispensables pour une approche complète de la question... (Sociologie, psychiatrie, criminologie, psychologie, santé publique).

Autant d'approches complémentaires permettant d'aborder les différentes facettes du phénomène drogues. L'apport global de ce type de formation universitaire serait énorme : diffusion d'un savoir et sensibilisation de travailleurs hors secteur spécialisé, travailleurs possédant un bagage académique pour le secteur, mise en place d'un pôle universitaire facilitant les recherches et d'études sur la thématique, ... Le tout sans entrer en concurrence avec les formations dispensées par le secteur, plus flexibles, mobiles et adaptables aux demandes spécifiques de différents secteurs professionnels.

Des exemples à suivre existent en Flandre et à l'étranger, ou en Belgique pour un secteur proche du nôtre, celui de la Santé mentale, nous pourrions nous en inspirer pour les adapter dans nos universités :

- Gent Universiteit : het drugsfenomeen theorie en praktijk <http://www.hetdrugsfenomeen.be/>
- Formation interdisciplinaire et multidisciplinaire ouverte à tous les étudiants
- Professeurs venant de 5 facultés différentes (droit, médecine, psychologie, sciences humaines) et experts de terrain.
- 4h tous les mardis pendant une année.
- Formation en Santé Mentale de l'Institut d'Enseignement Supérieur Social des Sciences de l'Information et de la Documentation : <http://www.dorifor.be:80/formation/travail-psychosocial-sante-mentale-specialisation-2368.html>

Les services de la FEDITO bruxelloise mettent actuellement leurs ressources en commun pour réaliser des modules de formation pouvant être intégré dès 2008 dans les (Hautes) écoles formant les futurs assistants sociaux, les éducateurs, les infirmiers, etc ...

3.6. Envisager de nouvelles démarches de type extra-muros permettant aux équipes de prendre contact avec les usagers de drogues

Les produits, les modes de consommations et les profils de consommateurs ont sensiblement évolué durant ces deux dernières décennies et il est essentiel d'adapter les pratiques à cette évolution ; en particulier, il peut-être intéressant de mettre en place des modalités particulières d'entrée en contact avec ces personnes qui consomment parfois de

façon problématiques mais qui ne se reconnaissent pas comme tels.

Pareilles démarches sont déjà, non seulement envisagées, mais mise en œuvre par certains services ou « cartel » de services à l'adresse des usagers de drogues très désinsérés ou encore des consommateurs en milieu festif. Il convient de les renforcer.

Une attention particulière est aujourd'hui portée sur la problématique de l'abus d'alcool chez les « jeunes » et la consommation problématique de cannabis, à partir de 2 groupes de travail de la Fedito. Les objectifs de ces groupes comprennent la meilleure connaissance du phénomène conjointement à la mise en réseau d'acteurs agissant de la prévention aux soins, non seulement au sein du secteur Toxicomanies mais encore en connexion d'avec le secteur généraliste et social.

3.7. Intégrer la notion de la RdR dans toutes les réflexions en matière de drogues et considérer cet aspect du travail comme une obligation

Voir annexe 3 : « RdR, éviter le retour en arrière », éditorial de la newsletter FEDITO octobre 2007.

Plus qu'intégrer la RdR dans « les réflexions en matière de drogues » le secteur Toxicomanie demande qu'elle puisse être intégrée et soutenues dans les activités de base des services.

Certaines actions à plus court terme (sensibilisation, prévention des risques par les pairs, information) pour et surtout par les usagers impliquent des dispositifs difficiles à intégrer dans le cadre décentralisé. Des alternatives doivent être dégagées.

Le secteur attire l'attention sur la difficulté rencontrée actuellement par la Communauté Française pour assurer le financement de certains projets de RdR qui ont pourtant fait leur preuve (échange de seringues, distribution de matériel stérile ou de préservatifs) ; ce qui amène à demander à nouveau une réflexion sur la spécificité institutionnelle bruxelloise afin d'éviter ces « ruptures d'action de RdR » faute matériel indispensable.

Enfin, il serait souhaitable que soit énoncé par les autorités compétentes un officiel soutien à la **plate-forme de réduction des risques** constituée par les FEDITO bruxelloise et wallonne, la Ligue des droits de l'homme, la Liaison antiprohibitionniste, un service du secteur et le Centre d'Action Laïque.

ANNEXES

Annexe 1 :
Intervention en prison des Services Actifs en
Toxicomanies : Principes et propositions
(septembre 2007)

Introduction

Les Fédérations d'Institutions pour Toxicomanes (FEDITO) wallonne et bruxelloise sont composées de services spécialisés dans l'aide, le soin, la prévention et la formation. Leurs équipes sont régulièrement interpellées par des détenus usagers de produit psychotropes (drogues illégales, alcool, médicaments) en recherche de cure et/ou de suivi psychosocial. Elles sont également sollicitées par les services psychosociaux (SPS) des prisons (dits services internes) en demande de coopération dans leurs prises en charge. Enfin, certains services membres des FEDITO proposent et mettent en place différents programmes de prévention ou de formation du personnel pénitentiaire aux phénomènes de consommation de drogues et sont présents au sein des groupes de pilotage locaux drogues.

La Communauté Française, en charge du volet prévention concernant les détenus, soutient actuellement la mise en place de la Confédération des Associations Actives en Prison (CAAP). Il nous a donc semblé opportun de travailler au sein des FEDITO à une position commune à leurs membres concernant le cadre de travail des Services Actifs en matière de Toxicomanie (SAT) en prison. La CAAP sera un lieu de concertation, de coordination et d'échange d'informations entre travailleurs d'associations différentes ainsi qu'entre intervenants extérieurs et le monde carcéral. Ce lieu permettra de mieux faire connaître au personnel pénitentiaire et post-pénitentiaire (directions, SPS, conseillers en justice réparatrice, personnel médical et paramédical, maisons de justice, personnel de surveillance,...) le travail que les SAT membres des FEDITO effectuent en prison, leurs modalités d'action et leur cadre éthique.

Les mandats et finalités de la Justice et de la Santé étant différents, il est essentiel de baliser clairement les cadres d'intervention respectifs. Nous détaillons dans ce document les conditions minimales indispensables à une prise en charge respectueuse des détenus usagers de produits psychotropes et à la mise en place des actions menées en milieu carcéral par les intervenants extérieurs.

Nous formulons enfin certaines propositions relatives à la mise en place de programmes spécifiques et adaptés devant permettre une meilleure gestion des phénomènes de consommation de produits psychotropes en prison; ce texte ne vise donc pas à présenter le travail et la réflexion effectués au quotidien en prison par les SAT.

Préambule : Pour une application complète du nouveau droit des peines

Depuis 2005, le droit des peines a été profondément remodelé par une série de textes :

- La loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus du 12/01/05;
- La loi relative au statut juridique externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits reconnus à la victime dans le cadre des modalités d'exécution de la peine du 17/05/06;
- La mise en place des tribunaux d'application des peines;
- La circulaire ministérielle n° 1785 du 18/07/06 relative à la problématique de la drogue en prison.

Les FEDITO se réjouissent de constater la référence, en fil conducteur, aux Droits de l'Homme dans les textes précités et de les voir inscrits dans les circulaires mettant en place les droits des détenus. Toutefois, les FEDITO en appellent à l'application complète de ce nouveau droit des peines et déplorent l'absence de plusieurs arrêtés d'application.

Principe 1 : garantir l'accès à la prison pour les travailleurs des services externes

Loi Dupont, article 99, § 2 : « *Le directeur veille à ce que les services chargés de la protection de la santé des personnes dans la société libre puissent offrir leurs services dans les prisons* ⁽⁵⁾ »

Circulaire ministérielle n° 1785 : « *La lutte contre les problèmes de drogue dans les prisons et le traitement de la dépendance aux psychotropes n'est pas seulement la responsabilité du personnel du Directeur général des Exécutions des Peines et Mesures. Les services des communautés et des régions sont dans ce cas également responsables. Il est donc important de développer une concertation harmonieuse entre les responsables des autorités communautaires et régionales et l'administration pénitentiaire. L'incarcération en tant que sanction se limite en principe à la privation de liberté. Cela signifie que les soins médicaux et psychosociaux seront développés sur base de besoins établis.* ⁽⁶⁾ »

Les travailleurs des SAT doivent pouvoir offrir leurs

(5) Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus, Chapitre VII, Article 99, § 2.

(6) Circulaire ministérielle n°1785 : Circulaire relative à la problématique de la drogue en prison, L. Onkelinx, 18 juillet 2006, p.1.

services en milieu carcéral dans des conditions de travail décentes (infrastructure, locaux pour entretiens en groupe ou individuel, facilité d'accès à l'établissement,...). Ils doivent pouvoir obtenir rapidement une autorisation de visite lorsqu'un détenu fait appel à leurs services. De même, ils doivent bénéficier de conditions leur permettant de mener l'entretien avec le moins possible d'interférences extérieures.

Principe 2 : garantir l'information des détenus

Circulaire ministérielle n° 1785 : « *Le groupe de pilotage local drogue veillera à mettre à la disposition de chaque détenu entrant les informations relatives aux possibilités de prévention et de traitement qui existent au sein de la prison. Le GPLD veillera en outre à ce que cette information soit mise à disposition des tiers sur simple demande (7).* »

Dès leur entrée en prison, les détenus doivent recevoir une information sur les services auxquels ils ont accès afin de pouvoir participer à la gestion de leur détention (y compris au point de vue santé) et de préparer et mettre en place les démarches nécessaires à leur libération.

Principe 3 : garantir l'équivalence et la continuité des soins

Loi Dupont, article 8 « *Le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques. (8)* »

Circulaire ministérielle n° 1785 : « *La peine d'emprisonnement se limite en principe à une restriction de la liberté de mouvement. En matière d'aide aux toxicomanes, les détenus ont dès lors droit à une offre de traitement équivalente à celle qui est proposée extra-muros (9).* »

Et :

« *Dans le cadre des soins médicaux, le détenu est considéré comme un partenaire qui porte une responsabilité dans la planification et la dispense de soins et qui conserve son autonomie. Le patient a le droit d'être totalement informé des interventions médicales prévues et de refuser les interventions proposées en matière de toxicomanie. La continuité des soins doit être assurée dans la mesure du possible. Il convient de rechercher une collaboration réelle entre les prisons et les services externes (10).* (...) le Groupe de Pilotage Central Drogue (GPCD) développe

un plan d'action de principes avec les autorités régionales et communautaires en matière de politique d'aide aux toxicomanes. Le GPCD prendra contact à ce sujet avec les plateformes de concertation existantes. (11) »

Tout détenu a droit à la continuité des soins et à faire appel au médecin ou à l'intervenant de son choix. Tout doit être mis en œuvre pour que les soins reçus à l'extérieur ne soient pas interrompus lors d'une incarcération.

Les détenus doivent pouvoir bénéficier intra muros de soins équivalents à ceux dont ils bénéficieraient extra muros.

Pour augmenter les synergies et faciliter la continuité des soins, des avancées positives existent déjà. Parmi celles-ci, la présence des intervenants internes et externes au sein des Groupes de Pilotage Locaux Drogues (GPLD) des établissements pénitentiaires ou l'existence de Coordinateurs Drogue assurant un lien entre les divers acteurs. Par ailleurs, plusieurs établissements assurent la continuité des soins et des traitements (de substitution) pour les détenus qui en bénéficiaient déjà avant leur incarcération. Enfin, un « protocole technique traitement de substitution et contrat de traitement » a été élaboré par le Ministère de la Justice.

Par ailleurs, la circulaire ministérielle n° 1785 lève un obstacle de plus au traitement de substitution en prison maintenant le droit au travail :

« **Le fait de suivre un traitement de substitution n'est pas une raison en soi pour priver le détenu concerné du droit de travailler.** Au contraire, un emploi du temps utile soutiendra les efforts fournis sur le plan thérapeutique. (12) »

Cependant, la seule approche de la continuité des soins pratiquée est encore trop souvent un traitement de courte durée, c'est-à-dire, l'administration rapidement dégressive de produits de substitution jusqu'à la disparition des symptômes de sevrage. Ce traitement n'agit donc que sur le plan de la dépendance physique et ne tient pas compte de nombreux autres facteurs (psychologiques, sociaux, environnementaux) déterminants pour l'efficacité du traitement.

Une approche minimaliste du traitement (simple sevrage/ sevrage de courte durée) risque de contredire les objectifs poursuivis et le droit à l'équivalence des traitements recommandés par les articles précités. Dès lors, il convient de privilégier une approche individuelle de la problématique de consommation de produits psychotropes, adaptant au cas par cas les traitements mis en place. Il importe que le traitement soit pluridisciplinaire et qu'il prévienne, à minima, un soutien psychosocial.

(7) Idem, p.10.

(8) Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus, Chapitre VII, Article 88.

(9) Circulaire ministérielle n°1785 : Circulaire relative à la problématique de la drogue en prison, L. Onkelinx, 18 juillet 2006, p. 4.

(10) Idem, pp. 4 et 5.

(11) Idem, p.6.

(12) Idem, p. 10.

Principe 4 : garantir le secret professionnel

Le code pénal régit, par le biais de l'article 458, le secret professionnel et détermine les professions qui sont tenues de le respecter.

Code pénal article 458 : « *Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs* ».

Cette loi s'applique donc à un large panel de professions dans de nombreux lieux d'activités. Elle protège la parole de la personne se confiant à un intervenant lié au respect du secret professionnel.

Dans le cadre des activités des SAT, le secret professionnel se décline selon deux axes : pendant la détention et lors du suivi post pénitentiaire.

a. Pendant la détention :

Loi Dupont, article 96 :

§ 1 : *»Les prestataires de soins conservent leur indépendance professionnelle, et leurs évaluations et décisions concernant la santé des détenus sont fondées uniquement sur des critères médicaux.*

§ 2. *Ils ne peuvent être contraints d'accomplir des actes qui compromettent leur relation de confiance avec le détenu.*

§ 3. *La fonction de prestataire de soins est incompatible avec une mission d'expert au sein de la prison* ⁽¹³⁾ »

Selon ce texte, l'indépendance des intervenants extérieurs est garantie. En effet, leur travail est fondé sur une relation de confiance avec le détenu. Celle-ci est liée au respect de la confidentialité des entretiens. Le respect du secret professionnel est donc fondamental.

b. Suivi post pénitentiaire :

A ce sujet, l'article 62, § 4 de la loi relative au statut juridique externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits reconnus à la victime

dans le cadre des modalités d'exécution de la peine ⁽¹⁴⁾ mentionne : « *Si l'octroi de la modalité d'exécution de la peine est soumis à la condition de suivre une guidance ou un traitement, le juge de l'application des peines ou le tribunal de l'application des peines invite le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure, ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir une personne compétente ou un service compétent. Ce choix est soumis à l'approbation du juge de l'application des peines ou du tribunal de l'application des peines.*

Ladite personne ou ledit service qui accepte la mission, adresse au juge de l'application des peines ou au tribunal de l'application des peines ainsi qu'à l'assistant de justice, dans le mois de l'octroi de la modalité d'exécution de la peine et chaque fois que cette personne ou ce service l'estime utile, sur invitation du juge de l'application des peines ou du tribunal de l'application des peines, et au moins une fois tous les six mois, un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement.

Le rapport visé à l'alinéa précédent porte sur les points suivants : les présences effectives de l'intéressé aux consultations proposées, ses absences injustifiées, la cessation unilatérale de la guidance ou du traitement par l'intéressé, les difficultés survenues dans la mise en œuvre de ceux-ci et les situations comportant un risque sérieux pour les tiers. »

Les SAT, prenant en charge une personne dans le cadre des mesures alternatives à la détention préventive ou de toute autre obligation de suivi liée à une modalité d'exécution de sa peine, savent que celle-ci est liée à une obligation de contrôle (généralement menée au sein des maisons de justice) acceptée par le détenu au moment de cette décision. Ils acceptent de remettre, régulièrement, des attestations de présence ou de fréquentation de leurs consultations.

Concernant les rapports, le contenu des entretiens étant couvert par le secret professionnel, les membres des FEDITO veilleront à n'y faire figurer que les éléments matériels tels que : dates de consultation,...

Il en va ainsi aussi bien vis-à-vis de la famille du patient que du conjoint et à plus forte raison d'intervenants susceptibles, en raison de leur rôle, d'amener une quelconque sanction.

Il va de soi que ce qui vaut pour les rapports écrits vaut également pour les échanges verbaux avec les assistants de justice.

(13) Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus, Chapitre VII, Article 96, § 1, 2 et 3.

(14) Loi relative au statut externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits reconnus à la victime dans le cadre des modalités d'exécution de la peine, 17 mai 2006, L. Onkelinx, publié le 15 juin 2006.

Propositions :

Les FEDITO ont explicité les conditions minimales qu'elles jugent indispensables à une prise en charge globale, efficace et respectueuse des usagers de produits psychotropes et des problématiques liées à la consommation en milieu carcéral. Nous souhaitons maintenant développer quelques propositions destinées à l'amélioration de la circulation de l'information en milieu carcéral ainsi qu'à l'étoffement et à la diversification de l'offre de services.

Proposition 1 : programmes de formation du personnel carcéral

En prison, comme ailleurs, circulent des produits psychotropes illicites et licites (cannabis, héroïne, cocaïne, alcool...). Les conditions mêmes de détention peuvent pousser à la consommation desdits produits afin de supporter celles-ci, de « s'évader », de vivre « moins mal » le stress inhérent à la privation de liberté. Cette consommation concerne aussi bien le détenu usager de produits avant son arrestation que celui débutant une consommation pendant sa détention.

Le personnel carcéral est confronté à cette réalité, le plaçant dans une situation de malaise. D'une part, il ne peut cautionner l'usage de « drogues » au sein de l'établissement et est tenu de mettre en place des contrôles, de sanctionner. D'autre part, il constate que les produits circulant peuvent maintenir un calme, quoique relatif. La politique de la prison oscille donc entre sanction et tolérance en fonction des sensibilités de chacun des membres du personnel ou de l'actualité (ex : overdoses en prison).

Devant ce dilemme, le personnel carcéral s'interroge sur la manière d'aborder le phénomène de la consommation de drogues.

Les services membres des FEDITO ont déjà proposé et élaboré des programmes de formations adressés au personnel pénitentiaire. Ceux-ci, en plus de donner des éléments d'information, permettent un travail sur les représentations, les clichés et les valeurs liés aux consommations de psychotropes. Ils offrent des outils permettant aux participants de gérer les différentes situations pouvant se présenter dans leurs pratiques professionnelles.

Pour le moment, ces formations sont dispensées à la demande aux agents pénitentiaires de manière ponctuelle. **Les FEDITO demandent que le personnel carcéral soit formé aux problématiques psycho-médico-sociales liées aux assuétudes de manière systématique** dès son entrée en fonction. Des formations-interventions continues pourraient ensuite être élaborées pour optimiser la gestion de situations difficiles.

Une liste de services qui proposent des formations pour les agents pénitentiaires est disponible en annexe.

Proposition 2 : Développer l'information et la sensibilisation des détenus

La Circulaire ministérielle n° 1785 précise que : « *La direction doit permettre à des experts externes d'agir intra-muros dans le domaine de la prévention et des soins, tant sur une base collective qu'individuelle* »⁽¹⁵⁾.

Il est **fondamental d'assurer aux détenus une information** sur les offres des services extérieurs, leurs droits en tant que patients détenus mais aussi – plus globalement – sur leur santé, les moyens de prendre soin d'eux et des autres, les informations de prévention, les conseils de réduction des risques, etc. Il est essentiel de favoriser la mise en place de canaux d'information à utiliser en tenant compte des contraintes telles que multilinguisme, analphabétisme, absence d'intimité, etc.

Des temps de discussion doivent être proposés aux détenus usagers de drogues. Des groupes de parole et des programmes de prévention par les pairs existent déjà en prison mais ils pourraient encore se développer et s'affiner notamment sur les questions de santé, de dépendances et des produits psychotropes en prison, qu'ils soient prescrits ou non.

Dans le cadre de la guidance en fin de détention, la Circulaire ministérielle n° 1785 promeut une préparation optimale par tous les services concernés : « *Le groupe de pilotage local veillera à mettre à disposition les informations relatives aux services auxquels les détenus sortants peuvent faire appel à l'extérieur* »⁽¹⁶⁾.

Une meilleure articulation entre services internes et externes permettra d'œuvrer pour une qualité de vie optimale tant sur un plan individuel que collectif et facilitera le passage de la privation de liberté à la vie en société.

Proposition 3 : Développer les programmes de prévention et de réduction des risques ⁽¹⁷⁾ en prison

Circulaire ministérielle n°1785 : « *Dans le cadre de l'approche intégrale de la problématique de la drogue, le groupe de pilotage local doit faire appel dans la plus large mesure possible à la collaboration d'organisations externes d'aide aux toxicomanes. La direction doit permettre à des experts externes d'agir intra-muros dans le domaine de la prévention et des soins, tant sur une base collective qu'individuelle* »⁽¹⁸⁾.

(15) Circulaire ministérielle n° 1785 : Circulaire relative à la problématique de la drogue en prison, L. Onkelinx, 18 juillet 2006, p. 11.

(16) Circulaire ministérielle n° 1785 : Circulaire relative à la problématique de la drogue en prison, L. Onkelinx, 18 juillet 2006, p. 11.

(17) Les principes d'intervention de la réduction des risques se trouvent en annexe 8 de ce document.

(18) Circulaire ministérielle n° 1785 : Circulaire relative à la problématique de la drogue en prison, L. Onkelinx, 18 juillet 2006, p. 11.

Et aussi :

« La mise à disposition d'informations est un premier moyen simple de familiariser les détenus, le personnel et les autres personnes concernées avec cette problématique. Il convient dès lors de constituer un large éventail d'outils informatifs (brochure, vidéos, etc.) sur la drogue, les maladies liées à la toxicomanie, les possibilités de traitement, etc. Ces informations doivent être mises à disposition par les Services médicaux sur simple demande ». ⁽¹⁹⁾

L'importance de la prévention en milieu carcéral est donc inscrite dans la loi.

La consommation de drogues en prison est une réalité. Or, la spécificité du milieu carcéral (espace clos, surpopulation, manque d'hygiène...) majore les risques liés aux pratiques de consommation (par exemple le risque de contamination par le VIH ou par les hépatites lié à l'absence de matériel d'injection stérile). C'est pourquoi **les FEDITO réaffirment l'urgente nécessité d'actions de prévention, de réduction des risques et de promotion de la santé en milieu carcéral.**

Les interventions de réduction des risques ne visent ni à encourager ni à décourager l'usage de drogues. Elles s'attachent à rendre accessible l'information sur les risques et les manières de les réduire et, au-delà, à procurer des outils pratiques tels que matériel stérile d'injection, préservatifs, etc. Cette approche, combinée avec d'autres stratégies d'intervention (prévention, traitement de substitution, soutien psychosocial,...) permet aux usagers de réduire les risques les plus répandus liés aux consommations et à l'établissement pénitentiaire de prendre ses responsabilités afin de garantir un accès optimal à la Santé (mentale et physique).

Au niveau de la prévention, les associations de terrain ont conçu nombre de brochures d'information sur divers aspects des assuétudes comme les produits, les modes de consommations, le VIH, les hépatites et leurs modes de transmission, etc.

En matière de réduction des risques en prison, des expériences ont été menées avec succès dans divers pays. ⁽²⁰⁾

Les FEDITO demandent d'une part que des projets pilotes sur l'échange de seringues ou d'autres méthodes innovantes de prévention et de réduction des risques soient menés dans les prisons. Et, d'autre part, que des actions de réduction des risques des usages de drogues puissent avoir lieu dans toutes les prisons de manière récurrente.

En conclusion :

Les FEDITO, pour les services actifs qu'elles fédèrent, souhaitent voir la mise en place **de politiques globales intégrées et efficaces** ayant pour objectif la réduction des problèmes de santé des usagers de drogues en prison et, plus généralement, la lutte contre les effets négatifs de l'enfermement. Ces politiques doivent :

- garantir la continuité et l'équivalence des soins;
- garantir l'accès à la prison pour les intervenants extérieurs;
- garantir le respect du secret professionnel pour les intervenants extérieurs;
- donner accès aux détenus à une information sur les programmes d'aide et d'accompagnement en prison;
- mettre en place des programmes récurrents de formation pour le personnel carcéral;
- mettre en place une politique de prévention, de réduction des risques et de promotion de la santé en milieu carcéral.

Ces propositions doivent être explorées au sein des Groupes de pilotage locaux drogue, mais aussi au sein de l'asbl CAAP. Celle-ci pourrait faciliter la participation et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés : mandataires politiques, société civile, professionnels du secteur psycho-médico-social, personnel pénitentiaire et leur direction, police, détenus y compris les usagers de drogues.

Les institutions actives dans le domaine des toxicomanies restent également disponibles, dans la mesure de leurs possibilités, à participer à d'autres projets visant à améliorer la prise en charge, l'encadrement et l'accompagnement de toute personne qu'elle soit incarcérée ou non.

Pour le groupe de travail Prison,

Marie ABSIL
14.09.07

⁽¹⁹⁾ Idem, p. 9.

⁽²⁰⁾ Une étude canadienne rassemble les résultats, positifs, de l'échange de seringues en prison : Rick Lines, Ralf Jürgens, Glenn Betteridge, Heino Stöver, Dumitru Laticevski, Joachim Nelles ; *Prison Needle Exchange : Lessons from A Comprehensive Review of International Evidence and Experience*; Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Annexe 2 :

Alto à Bruxelles 2006 :

Quelle(s) formation(s) pour les MG à Bruxelles ?

La demande de réactiver le réseau Alto à Bruxelles ouvre l'opportunité de réaliser l'inventaire des initiatives à prendre ou adapter pour améliorer l'accueil, l'information, la prise en charge et l'orientation des personnes dépendantes par les médecins généralistes (MG) à Bruxelles.

L'action du secteur toxicomanies est depuis l'origine orientée vers la réinsertion des usagers de drogues illégales dans les « filières traditionnelles ». Cet objectif de réinsertion reste inchangé, ces filières restant dans leur majorité insuffisamment sensibilisées à ces enjeux. L'intérêt de la FAMGB doit donc être salué. Reste à identifier les lacunes et élaborer les solutions pour répondre à la demande posée en évitant de coûteux dédoublements de structures. Le problème des MG semble se poser dans le sentiment d'isolement que ressentent de nombreux petits prescripteurs moins disposés à s'investir dans un dispositif lourd d'interventions. Les formations du secteur spécialisé seraient moins bien adaptées et/ou accessibles à ce public.

Le secteur spécialisé à Bruxelles :

Bruxelles jouit d'un maillage institutionnel dense sur un territoire étroit. Pour les traitements de substitution, ⁽²¹⁾ la demande est couverte. L'objectif prioritaire que chaque usager puisse trouver un traitement adapté, est rencontré même si la situation peut être améliorée.

– Soutien aux médecins prescripteurs :

- Le réseau d'aide aux Toxicomanes :

Ce réseau de médecins généralistes assure depuis 20 ans la liaison et la concertation de médecins en vue d'établir un cadre leur donnant « l'assurance nécessaire pour affronter » ce public. A Bruxelles, sur les 1800 traitements de substitutions, de 400 à 500 sont pris en charge par 45 MG actifs dans le Réseau d'Aide aux Toxicomanes. Ce sont des médecins « moyens à gros prescripteurs », prenant en charge plus d'une dizaine de patients en moyenne. Leur intérêt pour les questions d'assuétudes et de traitements de substitution, reflété par le nombre de patients suivis, s'illustre aussi par leur disposition à s'investir bénévolement depuis des années dans ces interventions.

- Le Projet Lama :

Le Projet Lama organise la formation de MG dans le cadre de son « groupe d'intervention clinique » qui réunit

une dizaine de praticiens, avec des profils de moyens/gros prescripteurs.

– Conférences médicales :

Plusieurs services organisent également des conférences sur les thèmes liés aux assuétudes. ⁽²²⁾ Certaines sont destinées aux MG en particulier tout en restant ouvertes aux autres professions (Centre Médical Enaden, RAT).

Remarques concernant un réseau Alto à Bruxelles :

L'organisation « d'une ou deux demi-journées de conférences annuelles » à l'attention des MG petits prescripteurs nécessite-elle la mise en place automatique d'un Réseau Santé ? Compte tenu des différents opérateurs de formation actifs dans ce domaine et des structures de médecins existantes ayant un rôle de formation continue, une première phase exploratoire permettrait de réaliser l'inventaire des structures de formation et de leur offre.

D'autre part, le « profil » des MG inscrits au RAT et au Projet Lama est similaire à celui des MG du réseau Alto wallon. ⁽²³⁾ Les interventions de ces deux services bruxellois ne font plus le plein par manque de candidats ... La mise en place d'une structure de ce type à Bruxelles ne répond apparemment pas à une demande, ou alors celle-ci devrait au minimum être quantifiée. Combien de MG sont-ils intéressés ? Et par quel type de formation ? Cet exercice de quantification préalable éviterait la mise en place d'un projet inadapté ou ne comblant aucun manque.

Il y a un décalage entre l'objectif annoncé d'organisation d'une ou deux demi journée(s) de formation annuelle et les objectifs repris dans le dossier Alto-Bxl (p.4) : « formation d'acteurs psychosociaux, de la justice, sensibilisation du monde politique, créer et participer à des recueils de données, recensement, »... Autant de missions dévolues au secteur spécialisé francophone qui s'efforce de les remplir avec des moyens financiers insuffisants.

D'un autre côté nous soulignons la pertinence de constituer un interlocuteur généraliste, non spécialisé dans le traitement de substitution des opiacés, pour permettre et/ou faciliter :

- une meilleure sensibilisation des MG aux questions de dépendances sous toutes leurs formes;
- un recensement des praticiens sensibles à la question des assuétudes pour une meilleure diffusion des informations

⁽²²⁾ Voir www.feditobxl.be rubrique calendrier des activités.

⁽²³⁾ Intervention du dr. Lamy en Commission Santé du PFB : *Actuellement près de 200 médecins prennent en charge 2.640 patients toxicomanes (...) ce qui fait une moyenne de 15 patients par médecins. Les produits sont le cannabis (72 %), l'héroïne (64 %) et la cocaïne (47 %). L'alcool occupe une place prépondérante (+ de 80 %). Dans la plupart des cas, il s'agit de polytoxicomanies*

⁽²¹⁾ La prévalence des traitements de substitution se situe à près de 19, 21/10.000.

du secteur spécialisé (EWS, calendrier des conférences, législations...);

- la réalisation d’une formation à l’ensemble des produits et aux facteurs influençant les consommations. Il est essentiel de ne pas se limiter à la prescription d’opiacés. Cannabis, drogues de synthèse, alcool, médicaments, hépatite C... sont à aborder dans un cadre général explicatif des mécanismes des assuétudes. Les services actifs en Promotion de la Santé peuvent réaliser une formation de ce type en complémentarité avec les services actifs en soins en fonction de leur spécialisation. Cette formation, construite avec, serait réservée au corps médical;
- une adaptation des offres de formation existantes en fonction des remarques et des demandes de cet interlocuteur;
- un débat sur les questions d’articulation et de relation entre secteurs;
- une sensibilisation aux conseils de RdR et la distribution systématique de brochures d’information dans les cabinets;
- un soutien optimal aux MG petits prescripteurs dans le cadre de « l’AR substitution » et du relais des patients les plus lourds vers les services spécialisés.

Comment initier cette co-construction ?

Il s’agira en premier lieu d’identifier précisément la nature et l’ampleur de la demande de formation.

Deux pistes :

- L’envoi d’un questionnaire via les sociétés de MG pour quantifier la disponibilité et définir les demandes des MG dans cette matière (cf. proposition CTB).
- L’organisation d’une matinée de réflexion « *MG et assuétudes, quelle(s) formation(s) ?* » comprenant un brainstorming avec les professionnels présents. Les interventions respectives serviraient de première base à l’élaboration de cette nouvelle formation. Un groupe restreint, constitué d’opérateurs en formation et de représentants « généralistes » et « spécialisés » aurait la responsabilité de convenir d’un module de formation dans des délais à déterminer ensemble.

Une première réunion au Cabinet Santé CCF devrait réunir les représentants des différentes organisations concernées (FEDITO, CTB, FMM, FAMGB, autre ?) pour que chacun puisse réagir aux projets présentés. Cette réunion servirait à déterminer le cadre pour construire ensemble le module de formation et les délais pour parvenir à une solution adaptée aux besoins des MG.

Annexe 3 :

Réduction des Risques, éviter le retour en arrière. Editorial de la lettre d'information de la FEDITO Bxl, octobre 2007

La RdR est-elle susceptible de disparaître ? Si on n'en est pas encore arrivé à cet extrême, un vent mauvais souffle sur la réduction des risques (RdR), ces stratégies de Promotion de la Santé et de Santé Publique visant un usage de produits psychoactifs le plus responsable possible, et le moins nocif pour les personnes et la société dans son ensemble. Les résultats positifs reconnus de ces programmes, leur complémentarité avérée avec les politiques préventives et curatives, ne semblent pas être suffisants pour certains dirigeants politiques d'ici et d'ailleurs. Certains décideurs locaux ou étrangers s'entêtent en effet à viser uniquement l'abstinence, à exclure le schéma d'une consommation contrôlée et responsable, et à considérer la dépendance principalement comme une question criminelle plutôt qu'un enjeu de santé publique.

Ailleurs d'abord. En France, la nomination du magistrat Etienne Apara à la présidence de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) représente une mauvaise nouvelle pour les toxicomanes et l'ensemble des professionnels de la prévention. Les craintes émises par différents acteurs « socio-sanitaires » ont été rapidement vérifiées : les subsides versés par la MILDT à l'association d'Auto Support des Usagers de Drogues (ASUD) ont par exemple été supprimés. Dans le versant « responsabilisation » des usagers : la mise en place systématique « de stages de rééducation » pour les consommateurs de cannabis, problématiques ou non, participe également à ce mouvement de chasse aux consommateurs. Ce stage de 2 jours constituera la plus légère sanction pour violation de la loi sur les stupéfiants mais sera systématiquement appliqué et coûtera 450 euros au condamné.

Plus loin, Ottawa singe son illustre voisin et s'aligne sur le modèle USA de guerre à la drogue démontrant pourtant au quotidien son coût financier et sociétal absurde (surpopulation dans les prisons, marginalisation accrue des consommateurs, accès limité aux offres de traitements,...). La nouvelle stratégie canadienne finance des programmes d'application de la loi, de prévention et de traitement - trois « piliers » des stratégies en matière de drogue. Le quatrième pilier, celui de la réduction des risques (échange de seringues, lieux pour l'injection, ..) a été aboli. Le site d'injection supervisé « Insite » de Vancouver, en place depuis 2003, est menacé de fermeture. Il a pourtant servi à atteindre et à améliorer la santé d'usagers en situation de grande exclusion sociale, et à créer des mécanismes qui favorisent la réduction à terme de la toxicomanie via « l'accrochage » des patients dans ce lieu à bas seuil d'accès. Les multiples réactions de scientifiques et de professionnels de la santé publique exhortant à ne pas « faire passer l'idéologie politique ou les préjugés avant les données de la science » ont tout juste permis une prolongation du projet

par le gouvernement, à contre-cœur, jusque mi-2008.

Mais voilà, ces remises en cause arrivent près, trop près de chez vous également. Côté Communauté française, la réédition des brochures de Réduction des Risques sur les produits, co-rédigées par plusieurs associations de promotion de la santé et utilisées par l'ensemble du secteur, semble difficile, voire compromise. Des ruptures de stock sont prévues dans un futur proche sans garantie d'obtenir le financement indispensable pour leur réédition. Une « *situation budgétaire difficile* » (ou un manque de volonté politique ?) complique également l'approvisionnement des comptoirs d'échange en seringues et en équipement stérile. Certains semblent oublier que les seringues non stérilisées tuent encore 1,3 millions de personnes par an. « *Pas en Belgique* » me direz vous ? « *Pas une raison de jouer avec la vie des gens* » devrait répondre toute personne sensée ! Doit-on attendre une remontée des infections au VIH ou aux hépatites pour voir assurer l'approvisionnement régulier des comptoirs ?

Côté orange bleue, les négociateurs flamands pour le prochain gouvernement veulent en finir avec le projet de distribution contrôlée d'héroïne à Liège,... avant même que celui-ci n'ait commencé. Un projet qui fait suite à 15 ans de concertation locale, à une étude scientifique rigoureuse menée par l'université de Liège dans le cadre de la Politique scientifique fédérale. Un projet qui, last but not least, est uniquement financé par les francophones sur « leur » partie du Fonds de lutte contre les assuétudes. Après le refus du terrain flamand que les coûts de ce projet pilote soient partagés par les deux communautés, les responsables politiques du nord du pays veulent donc y mettre fin unilatéralement. Une action en deux temps qui priverait de facto le terrain spécialisé francophone d'un projet nécessaire et d'un montant équivalant à un million d'euro par an... Qui a dit surréaliste ?

Heureusement, en plus du terrain convaincu du bien fondé des ces projets et décidé à continuer à sensibiliser décideurs et société civile à ces enjeux, il reste la COCOF ... La « *proposition de résolution relative à la santé mentale et aux drogues et assuétudes* » du Parlement francophone bruxellois fait suite aux auditions des acteurs du secteur sur une éventuelle révision du décret Toxicomanies. La FEDITO doit remettre un avis sur son contenu courant de ce mois. Il y est inscrit que la « *RdR est une stratégie de Santé Publique* » et une demande est formulée à l'exécutif « *d'intégrer dès aujourd'hui la notion de Réduction des Risques dans toute nouvelle réflexion en matière de drogues et de considérer cet aspect du travail comme une obligation éthique en référence à la Charte de réduction des Risques...* » Un passage à conserver au pire, à renforcer au mieux.

Malgré ce coin de ciel moins terne dans l'horizon de nos pratiques, la RdR, symbole d'une approche sociétale, culturelle et responsabilisante des phénomènes de consommation, est en danger. Sans une mobilisation

continue, forte et sans arrière-pensées du secteur, l'hygiène ambiante et des normes morales toujours plus contraignantes pourraient avoir la peau de la RdR.

Directeur FEDITO,

Ludovic HENRARD

