

**PLAN BRUXELLOIS DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS  
À L'USAGE DE DROGUES**

**Carnet 8**

**ACTIONS PRIORITAIRES TRANSVERSALES  
À TOUS LES MILIEUX DE VIE**

Cécile Béduwé  
Catherine Van Huyck  
François Baufay

**Modus vivendi ASBL**



Avec le soutien de



Janvier 2014

## TABLE DES MATIERES

<b>I. Eléments du diagnostic .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Les actions prioritaires pour le « Groupe transversal » .....</b>	<b>6</b>
<b>A. Participation/développement de l'autonomie .....</b>	<b>7</b>
<i>Action n°1</i>	
<i>Stimulation de la mise en place de projets participatifs et association systématique des usagers aux évaluations, réflexion, création et mise en place de projets. ....</i>	<i>7</i>
<i>Action n°2</i>	
<i>Reconnaissance de l'expertise des usagers dans les projets/actions via un défraiement anonyme. ....</i>	<i>10</i>
<b>B. Actions liées à l'orientation, au travail en/et du réseau et à l'accompagnement de l'utilisateur .....</b>	<b>12</b>
<i>Action n°3</i>	
<i>Consultation des acteurs de RDR par les politiques lors du transfert des compétences actuellement en cours de réflexion (pour cohérence des projets et des actions). ....</i>	<i>12</i>
<i>Action n°4</i>	
<i>Opérationnalisation de la Cellule Santé Assuétudes (RW-RB-FWB) et concertation de celle-ci avec les autres secteurs concernés : éducation, jeunesse, logement, emploi... (en tenant compte du transfert des compétences en cours). ....</i>	<i>14</i>
<b>C. Travail sur les compétences et connaissances des relais (non) PROFESSIONNELS .....</b>	<b>17</b>
<i>Action n°5</i>	
<i>Intégration de la RdR dans les formations initiales et continues des intervenants du secteur assuétude et d'autres secteurs .....</i>	<i>17</i>
<i>Action n°6</i>	
<i>Organisation de journées d'étude sur la RdR, des Assises de la RdR (cf en France), colloques pour professionnels du secteur assuétudes et autres secteurs. ....</i>	<i>21</i>
<b>D. recherche, évaluation et nouvelles initiatives .....</b>	<b>24</b>
<i>Action n°7</i>	
<i>Mise en place d'un système de collecte et d'analyse de données harmonisées sur les pratiques de consommation, les prises de risques, les nouveaux produits... et recherches/recherches action dans les différents milieux de vie. ....</i>	<i>24</i>
<i>Action n°8</i>	
<i>Mise en place d'une politique d'analyse de produits psychotropes (testing dans les milieux de vie, dans des structures de RdR). ....</i>	<i>27</i>
<b>E. Actions de plaidoyer et de lobbying .....</b>	<b>30</b>
<i>Action n° 9</i>	
<i>Actions de plaidoyer sur la dépénalisation, la légalisation et la régulation de l'usage de drogues auprès des sphères politiques, actions de sensibilisation auprès des médias... (Révision de la loi de 1921) .....</i>	<i>30</i>
<b>F. Un cadre de travail clair et cohérent &amp; travail au niveau des réglementations .....</b>	<b>33</b>
<i>Action n°10</i>	
<i>Reconnaissance institutionnelle et structurelle de la RdR comme 4<sup>ème</sup> pilier de la politique drogues. ....</i>	<i>33</i>

<i>Action n°11</i>	
<i>Attribution d'agrément de service spécifiques pour des missions de RdR et financement structurel de projets pilotes dont l'évaluation s'est révélée positive.</i>	35
<i>Action n° 12</i>	
<i>Prise en compte de la réalité de terrain pour le financement des projets.</i>	38
<b>III. Lexique</b>	<b>41</b>
<b>IV. Annexes</b>	<b>42</b>
<b>A. Les objectifs identifiés pour le groupe « Transversal »</b>	<b>42</b>
<b>B. Les actions identifiées</b>	<b>46</b>
1/ <i>Actions visant la participation/le développement de l'autonomie</i>	47
2/ <i>Actions visant l'orientation, le travail en réseau et l'accompagnement de l'utilisateur</i>	48
3/ <i>Actions visant le travail sur les compétences et les connaissances des relais (non) professionnels</i>	49
4/ <i>Actions visant la recherche, l'évaluation et les nouvelles initiatives</i>	50
5/ <i>Actions visant le plaidoyer, le lobbying</i>	51
6/ <i>Actions visant un cadre de travail clair, cohérent et un travail au niveau des réglementations</i>	52
<b>C. L'outil de catégorisation des résultats (OCR)</b>	<b>53</b>

## I. ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

Lors de la phase de conception méthodologique du Plan bruxellois de Réduction des Risques (RdR), il avait été prévu de traiter cinq milieux de vie (rue, soin, festif, carcéral, sport). Au vu des entretiens préalables, de la revue de la littérature et de la réalité socio-politique bruxelloise, il s'est avéré pertinent de créer un « groupe transversal » reprenant des considérations valables pour l'ensemble des acteurs de RdR du secteur « Assuétudes » bruxellois, quel(s) que soit leur(s) « milieu(x) de vie d'intervention ». Le diagnostic réalisé montre en effet que l'ensemble du secteur est confronté à une réalité socio-économique<sup>1</sup>, politique<sup>2</sup>, juridique<sup>3</sup> et médiatique<sup>4</sup> similaire avec effets délétères sur divers publics, notamment au niveau sanitaire<sup>5</sup>, et sur l'accompagnement proposé.

Or, en plus de ces considérations valables pour l'ensemble du secteur « Assuétudes », la Réduction des Risques et l'ensemble de ses acteurs doivent composer avec d'autres « réalités » qui influent fortement sur la reconnaissance de leurs actions. En effet, aujourd'hui, les acteurs de RdR doivent assurer l'ensemble de leurs missions sans vraie reconnaissance légale, publique et politique. A l'heure actuelle, la RdR n'est pas reconnue comme totalement indispensable par l'ensemble des acteurs du champ « assuétude » ni comme « pilier »<sup>6</sup> spécifique de la politique drogue en Belgique<sup>7</sup>. Cette situation influence évidemment ses marges de manœuvre<sup>8</sup>. Les travailleurs actifs dans ce champ, en plus d'agir sur le terrain dans des conditions générales plutôt délicates<sup>9</sup> et dans un cadre légal inconfortable, doivent souvent faire face à une incompréhension et un jugement de leur pratique de terrain.

La RdR n'est que très peu abordée dans les différents cursus des futurs professionnels de la santé et du social. Elle apparaît comme le parent pauvre du secteur « assuétudes »<sup>10</sup> financée<sup>11</sup> sous des missions de prévention et d'accompagnement<sup>12</sup> par différents ministres ayant la Santé<sup>13</sup> dans leurs compétences. Ce découpage de compétences et ces modes de financement particuliers ne correspondent malheureusement pas aux interventions nécessaires sur le terrain<sup>14</sup> et complexifient<sup>15</sup> la mise en place d'actions par les opérateurs.

La RdR s'adresse à différents publics d'usagers de drogues, que ce soit en termes de produits consommés, des endroits de consommation, des origines, des genres, d'âges... De plus, la RdR s'inscrit dans une optique de promotion de la santé qui vise de manière large le bien-être de la personne en reconnaissant l'importance de

<sup>1</sup> Chômage important à Bruxelles, crise économique majeure avec incidences sur la croissance de la précarité, nouveaux publics migrants avec problématique de consommation de produits psychotropes...

<sup>2</sup> Morcellement des compétences entre divers niveaux de pouvoirs, 6<sup>ème</sup> Réforme de l'Etat avec transferts de compétences, sous-financement structurel...

<sup>3</sup> Prohibition des drogues, criminalisation de l'usage...

<sup>4</sup> Peu de visibilité médiatique, informations véhiculées caricaturales...

<sup>5</sup> VIH, Explosion des contaminations au VHC parmi les publics d'injecteurs rencontrés,...

<sup>6</sup> Actuellement 3 piliers en Belgique : la prévention, le soin et la répression

<sup>7</sup> Malgré les recommandations européennes en la matière

<sup>8</sup> Voir à titre d'exemple les difficultés à assurer un dispositif de testing de pilules XTC

<sup>9</sup> Travail de première ligne avec les plus exclus, charge psycho-sociale très élevée, équipes réduites, sous-financement structurel, manque de financements des équipements, turn-over important, burn-out...

<sup>10</sup> Comme le montre les résultats de l'enquête « Drogues en Chiffres III » présentant la part infime des budgets que représente la RdR. Sur 91,41€ de dépenses publiques pour la politique des drogues seulement 0,22€ sont utilisés pour des projets de RdR.

<sup>11</sup> Souvent en « enveloppes fermées » ; subsides de la FWB non indexés depuis des années, financements par projets et non par agréments,...

<sup>12</sup> Et non de RdR

<sup>13</sup> Avec donc à chaque fois un rapport d'activités à rendre. Pour info, 5 ministres ont des compétences santé à Bruxelles.

<sup>14</sup> Pour exemple, le projet Stérifix (pochette contenant du matériel d'injection), faute d'accord politique, n'est pas disponible en français-néerlandais à Bruxelles.

<sup>15</sup> Les financements par projets ne permettent pas d'avoir une vision à long terme pourtant nécessaire dans ce champ. Les financements en « enveloppes fermées » précarisent les équipes qui doivent licencier leurs travailleurs les plus expérimentés pour pouvoir continuer à fonctionner, problème pour la prise en charge de personnes sans assurabilité,...

travailler sur les déterminants de la santé. Il est donc primordial de s'articuler avec d'autres compétences que la santé (le social, l'aide à la jeunesse...) afin d'avoir un réel impact.

La RdR semble parfois mal comprise par les politiques<sup>16</sup> et les médias (et donc par le grand public) qui peuvent la présenter de manière caricaturale comme incitante à la consommation sans la connecter au contexte dans lequel elle se pratique ni à la réalité du terrain. Ces considérations invitent évidemment à un travail de fond conséquent sur la construction des mentalités aujourd'hui et sur la collecte de données cohérentes sur la question des toxicomanies à Bruxelles. La nécessité pour exister sur le terrain de se faire financer sous d'autres appellations a évidemment participé au flou. Identifier ce qui peut être défini comme de la RdR et faire reconnaître la RdR<sup>17</sup> comme une pratique indispensable<sup>18</sup>, différente<sup>19</sup> mais complémentaire à la prévention et au soin<sup>20</sup> semble dès lors une priorité. Plusieurs définitions coexistent. Mais pour obtenir un consensus, elles restent encore assez larges et floues, ce qui génère aussi une certaine confusion.

Par ailleurs, la RdR, surtout à l'étranger, s'est construite sur une certaine reconnaissance de la place de l'utilisateur de drogues dans le dispositif. Dès le départ, la RdR a été portée par une alliance entre des professionnels de la santé et des usagers afin de construire un savoir et des actions collectives. On voit d'ailleurs dans d'autres pays<sup>21</sup>, où la RdR s'est construite de manière beaucoup plus importante, de nombreux groupes d'auto-support soutenir activement une position sur la place des drogues et des consommateurs dans la société. Il s'agit également d'une piste importante à explorer.

La réalité socio-sanitaire<sup>22</sup> dans une ville comme Bruxelles doit en tout cas conduire les professionnels à pérenniser, repenser, peaufiner et adapter leurs offres et leurs pratiques. Ces changements nécessaires doivent être soutenus et encouragés par les politiques et conduire à une certaine réactivité face à un environnement en changement.

Or, justement, au vu de la complexité et de la diversité du secteur « assuétudes », du manque de reconnaissance et de cadre légal de la RdR et de la réalité institutionnelle et politique belge, on semble très loin de pouvoir proposer véritablement cette réactivité.

---

<sup>16</sup> Thème chargé éthiquement et peu porteur de voix électives.

<sup>17</sup> Via colloques RdR, assises RdR, dossiers...

<sup>18</sup> Evidence-based

<sup>19</sup> La RdR s'est inscrite, malgré elle ou malgré tout, dans les champs de la prévention, du social et du soin, créant quelques collisions ou recouvrements sectoriels. Bon nombre de services sont référencés comme acteurs de RdR sur le site de Bruxelles Social mais connaissent-ils la RdR et la pratiquent-ils ?

<sup>20</sup> Les Traitement de Substitution aux Opiacés sont un des outils de la RdR mais sont repris par les acteurs de soins.

<sup>21</sup> Tels les Pays-Bas, l'Angleterre, la France, l'Italie...

<sup>22</sup> La précarité croissante, l'apparition de nouveaux publics (migrants, sans papiers) très désinscrits, les enjeux majeurs en termes de santé publique (infection au VIH, virus des hépatites B et C).

## II. LES ACTIONS PRIORITAIRES POUR LE « GROUPE TRANSVERSAL »

Une vingtaine d'actions à mener, réparties en 6 catégories présentées dans le carnet consacré à la méthodologie<sup>23</sup>, ont été identifiées sur base du diagnostic préalablement réalisé. Elles ont ensuite été priorisées, parfois reformulées, et spécifiées par des professionnels issus de différents secteurs d'activité (soin, prévention, RdR, social, aide d'urgence) lors de groupes de travail qui réunissaient une quinzaine de personnes par milieu de vie étudié.

Toutes ces actions sont en lien avec les objectifs généraux, spécifiques et opérationnels formulés à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR)<sup>24</sup>, un modèle de Promotion de la Santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse (cf. Annexe). Nous avons privilégié cet outil car nous souhaitons adopter une approche la plus systémique possible, de façon à tenir compte de l'ensemble des facteurs et déterminants de la santé. L'ensemble des objectifs ainsi que la liste complète des actions sont présentés en annexe. La démarche méthodologique, quant à elle, est développée dans le « *Carnet N°1. Présentation et cadre méthodologique* ».

Nous présentons ci-après les actions prioritaires ainsi que les pistes pour les mettre en œuvre sur le terrain.

Pour chaque action prioritaire sont notamment spécifiés les éléments suivants :

- l'opérateur : quel type d'intervenant(s) doit/vent mener l'action ;
- les partenaires qui pourraient être associés;
- le(s) public(s)-cible(s) : public final visé par l'action ;
- le(s) public(s) relais : public intermédiaire à toucher pour atteindre le public cible;
- la couverture et les zones géographiques à couvrir par cette action;
- les stratégies, les outils, les modalités de mise en place de l'action ;
- les freins, risques et obstacles à l'action ;
- les leviers et facteurs de réussite à essayer de rassembler pour faciliter la mise en œuvre l'action ;
- des indicateurs (quantitatifs ou qualitatifs) qui permettront d'évaluer la réalisation de l'action et de ses objectifs

**Remarque : il est important d'insister ici sur le fait que les actions qui n'ont pas été retenues comme prioritaires par les différents acteurs (cf. annexes), ne sont pas pour autant à négliger. Elles ont été identifiées sur base des diagnostics. L'ensemble des actions, qu'elles soient prioritaires ou non, trouvent leur place dans le Plan bruxellois et contribuent à sa cohérence.**

<sup>23</sup>« *Plan bruxellois de Réduction des Risques liés à l'usage de Drogues. Carnet N°1. Présentation et cadre méthodologique* », Modus Vivendi asbl, 2014.

<sup>24</sup> Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian, « Guide pour la catégorisation des résultats », [www.promotionsante.ch](http://www.promotionsante.ch)

---

ACTION N°1

Stimulation de la mise en place de projets participatifs et association systématique des usagers aux évaluations, réflexion, création et mise en place de projets<sup>25</sup>.

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 19,20, 21 & 22.

**Public(s) cible(s)**

Les usagers de drogues en contact avec les institutions de terrain spécialisées en assuétudes.

**Public(s) relais**

Les associations en contacts avec des usagers de drogues

**Opérateurs**

Les institutions spécialisées en RdR.

**Partenaires**

Les institutions de terrain, politiques, usagers, les universités, les acteurs de promotion de la santé, etc.

**Lieu(x) et couverture géographique**

Région de Bruxelles-Capitale

**Exemples de ce qui existe déjà**

- La notion de participation des publics, en ce compris l'empowerment, est l'un des piliers de la Promotion de la Santé. Cette notion est reprise dans la Charte d'Ottawa (1986).

- **La charte de la RdR** valorise comme principe d'intervention : « *La participation des usagers de drogues : Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation* ».

- **Des actions de RdR** notamment menée dans les milieux festifs associent **des jobistes**, pairs des usagers festifs, pour une sensibilisation et une information en termes de RdR.

Projets Boule-de-Neige : projets participatifs de sensibilisation, dans les milieux de vie des usagers, à la RdR et de prévention du VIH et des hépatites. Les opérateurs de ces actions sont soutenus méthodologiquement par un intervenant spécialisé en RdR.

- Les **permanences du lieu d'accueil** pour usagers de drogues issus du milieu festif sont tenues de manières participatives.

- Un projet est mené par un comptoir d'échange de seringues bruxellois en collaboration avec des usagers qui, dans le cadre de tournées organisées, vont **ramasser le matériel usagé** abandonné dans des lieux de consommation (bosquet, parkings, garages, lieux désaffectés).

---

<sup>25</sup> Cette action a été reformulée à la demande des participants lors du groupe de travail.

### **Concept de la participation**

Les dynamiques participatives ne doivent pas être réservées aux secteurs les plus marginalisés (pas uniquement destiné aux injecteurs, par exemple). Il s'agit de construire une **culture plus globale** de la participation et la concevoir comme un principe général dans les différents projets.

### **Stimulation de projets**

Une piste d'action pour stimuler les projets participatifs est de relancer des appels à projets participatifs mais il est important qu'ils soient intégrés dans un cadre. Le risque est que les projets restent des projets pilotes sur le court terme ce qui leur précarise.

### **Le travail de la « motivation »**

Pour une participation effective dans les projets, il faut travailler la motivation des usagers et leur engagement, ainsi que la motivation des professionnels à intégrer ce type de démarche. Pour cela, il est nécessaire de disposer de temps et des moyens.

### **Reconnaissance institutionnelle et moyens**

Il faudrait inclure dans le décret ambulatoire de la COCOF le volet participatif ainsi que la mise en place de formations. Des formations à destination des usagers et de professionnels. Il est nécessaire de donner des moyens pour pouvoir réaliser les formations participatives.

### **Mise en œuvre de la participation**

La participation peut être opérationnalisée de différentes manières selon les contextes institutionnels, les publics, les contraintes, etc.

On relève au moins 4 stratégies possibles qui peuvent être combinées :

#### 1 - le développement de projets participatifs en lien avec le travail de l'institution et les préoccupations des usagers

Concernant l'implication des usagers aux projets, il faut tenir compte d'un équilibre et de la représentativité dans les équipes (ex. un seul usager au sein d'une équipe n'est pas très représentatif et il existe le risque que son point de vue ne soit pas pris en compte).

Pour la stimulation des projets participatifs, il faudrait étendre et développer le recours à un organisme qui a développé une **expertise en participation** et qui fournirait : une méthodologie, un travail d'accompagnement, une formation aux divers opérateurs qui veulent mettre en place des projets participatifs, des outils. Dans l'accompagnement et formation, pourront être abordés le questionnement de la participation, comment la concrétiser, les manières de la rendre ouverte et adaptable selon les publics et les milieux.

#### 2 - la participation des usagers aux instances décisionnelles de l'institution (AG, CA, bureau, réunions d'équipe...)

Il semble plus intéressant de concevoir la participation, à travers l'implication des usagers, dans les différents niveaux de l'institution plutôt que de mettre en place des projets participatifs indépendants.

#### 3 - la participation des usagers aux étapes d'un projet (de sa création à son évaluation)

La consultation des usagers devrait se faire à chaque étape du processus d'un projet ou programme les concernant.

Il est important de tenir compte des contraintes des institutions et de l'environnement de l'intervention.

Il faut tenir également compte des espaces de concertation existants dans chaque institution :

- réunions d'équipe
- supervisions/intervisions
- Assemblées Générales...



Le rôle que pourra assumer les usagers dans la conception, la mise en place et l'évaluation des projets dépendra des attentes et compétences des usagers. Des balises, la création d'un cadre (éthique) et un cadre déontologique sont à mettre en place. Pour chaque implication des usagers, il est important d'évaluer la pertinence de les associer dans un processus soit opérationnel, soit stratégique ou tous les deux.

#### 4- la mise en place de groupes d'auto-supports par les usagers

Il faudrait mettre en place un système de soutien à la participation (ex. des moyens logistiques, salles, matériel, etc.) mais également aller au-delà et accompagner le groupe pour la construction de dynamiques de groupe, le coaching pour la prise en parole en public, les outils dont le groupe dispose pour qu'ils soient entendus, les outils de gestion de groupe. Il faudrait exploiter leurs compétences et les solliciter sur les sujets et domaines où eux sont des experts.

#### **Recrutement des usagers**

Pour recruter les usagers qui participent dans les projets, il faudrait passer par les pairs-relais. Il est important de profiter des initiatives existantes pour que les projets participatifs germent. Les pistes du recrutement peuvent être explorées avec l'aide de l'opérateur méthodologique.

#### **Facteurs de réussite**

Reconnaissance institutionnelle  
Pérennisation des projets  
Adhésion des professionnels au principe la participation des usagers  
Adhésion des usagers au projet

#### **Risques/obstacles**

Manque d'intérêt des usagers  
Manque de soutien institutionnel  
Méfiance des professionnels  
Manque de temps pour mener les projets

#### **Indicateurs**

Nombre de groupes d'auto-support actifs  
Moyens déployés pour créer favoriser la participation (formation, mise à disposition de locaux...)  
Présence d'usagers dans les réunions d'équipe  
Intervention « réelle » des usagers dans les différentes phases des projets les concernant  
Règlement d'ordre intérieur intégrant les usagers  
Nombre d'usagers associés dans les différentes étapes du projet  
Satisfaction des usagers  
Renforcement de la capacité de parole des usagers et de leurs actions au sein de l'institution

---

## ACTION N°2

Reconnaissance de l'expertise des usagers dans les projets/actions via un défraiement anonyme.

*Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 19,20, 21 & 22.*

**Public(s) cible(s)**

Les usagers de drogues

**Public(s) relais**

Les administrations COCOF- FWB

**Opérateurs**

Les concertations wallonne et bruxelloise de RdR

**Partenaires**

Les FEDITO's

**Lieu(x) et couverture géographique**

La Fédération Wallonie Bruxelles

**Exemple de ce qui existe déjà**

LA FWB et la COCOF acceptent dans certains cas les défraiements anonymes dans le cadre de projets participatifs de RdR.

### **A développer**

Afin de faciliter un mode de défraiement garantissant une sécurité juridique via l'anonymat, par exemple, **il faut sensibiliser plusieurs acteurs** :

- les intervenants eux-mêmes parce que le fait de rétribuer des usagers peut continuer à choquer ;
- les administrations et les cabinets afin de ne pas avoir de problème lors de la remise des justificatifs ;
- les parlementaires afin qu'ils soutiennent les associations dans leurs démarches.

Repartir des référentiels et de l'historique de la RdR est de ce point de vue important. L'empowerment, la reconnaissance de l'expertise de l'utilisateur, l'importance de la participation doivent systématiquement être abordées dans le cadre des formations à la RdR. Un débat sur ce thème pourrait être proposé à la FEDITO. Les associations de RdR doivent également être encouragées à réserver **une part de leur budget** à ce défraiement

Cela doit rentrer **dans une reconnaissance globale de la place de l'utilisateur** et de son statut d'expert. Un porteur d'expérience. Pour cela, il faudrait sans doute passer par une dépénalisation de la consommation.<sup>26</sup>

### **Facteurs de réussite**

Création d'un référentiel RdR dans lequel la place des pairs dans le dispositif est clairement établie

Importance de la notion d'empowerment

Reconnaissance de l'expertise de l'utilisateur

### **Risques/obstacles**

Pas de groupe d'auto-support

Budget serré

Anonymat

### **Indicateurs**

Présence d'un débat au sein de la FEDITO

Présence explicite de la notion de défraiement dans la charte de la RdR

Budget attribué spécifiquement par les associations au paiement des jobistes

Acceptation de pièces justificatives par les pouvoirs subsidiaires et les administrations

Existence d'un cadre juridique pour assurer ce type de défraiement

---

<sup>26</sup> Cf. action n°9 : «Action de plaidoyer sur la dépénalisation, la législation et la régulation de l'usage auprès des sphères politiques, actions de sensibilisation auprès des médias... (Révision de la loi de 1921) »

B. ACTIONS LIÉES À L'ORIENTATION, AU TRAVAIL EN/ET DU RÉSEAU ET À L'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER

ACTION N°3

Consultation des acteurs de RDR par les politiques lors du transfert des compétences actuellement en cours de réflexion (pour cohérence des projets et des actions).

*Action à créer. En lien avec l'objectif opérationnel 12.*

**Public(s) cible(s)**

Les ministres de la Santé (FWB et COCOF)  
Le Conseil Consultatif  
La cellule interministérielle francophone santé assuétude

**Public(s) relais**

Les mutuelles (et notamment les bureaux d'étude des Mutuelles)  
Les parlementaires de la Commission Santé au Parlement bruxellois et FWB

**Opérateurs**

Les FEDITO's ou les Concertation des Acteurs actifs en RdR à Bruxelles et en Wallonie

**Partenaires**

Les représentants patronaux (FEIAT) et sociaux (peuvent également être opérateurs), ceux qui vont concrètement organiser le transfert

**Lieu(x) et couverture géographique**

La Fédération Wallonie Bruxelles

## DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

### A développer

Le transfert de compétences « Santé » de la Communauté française vers les Régions doit se faire en concertation avec les acteurs (assuétude, ambulatoire, RdR, santé mentale....) afin d'assurer une **cohérence du dispositif de RdR**.

Cette concertation doit être soutenue par les acteurs politiques de la **Commission Santé au Parlement bruxellois**. Il faudra donc les sensibiliser à ce soutien nécessaire.

Cette consultation doit se faire rapidement et nécessite une **mobilisation rapide** des acteurs concernés. Elle doit se poursuivre même après la mise en œuvre du transfert des compétences et pourra s'ouvrir à d'autres acteurs quand cela sera nécessaire.

Les acteurs clés « à convaincre » pour « défendre » les acteurs actifs dans la RdR et leur travail sont les Mutuelles qui **seraient les interlocuteurs du futur OIP** (équivalent de l'INAMI) et qui veillerait à ne pas éparpiller les différentes matières sociales. Cet OIP aurait pour mission de programmer une politique sociale santé au niveau régional.

L'argument majeur à faire valoir auprès des Mutuelles est le fait que ces acteurs travaillent sur les **déterminants de la santé** (éducation, information...) mais également en termes de santé publique (notamment face aux hépatites, VIH et aussi la tuberculose qui refait son apparition).

Plus concrètement, il faudra **élaborer un dossier comprenant** :

- une définition de la RdR (clarifier ce que c'est) et mettre en avant son intérêt en termes de santé publique (cf. ci-dessus) ;
- des arguments pragmatiques en termes de santé publique (financièrement plus intéressant de faire de la RdR que de payer un traitement pour hépatite, par exemple) ;
- l'amélioration de l'état de santé générale des usagers de drogues ;
- le fait que le Bas seuil et la RdR réalise un travail que d'autres ne font pas ;
- le plan de RdR bruxellois en termes de programmation ;
- une demande de reconnaissance structurelle de la RdR<sup>27</sup>.

A côté des Mutuelles, il serait également pertinent d'interpeller de la **cellule francophone assuétude** sur base des résultats de la concertation des acteurs RdR.

### Facteurs de réussite

Valorisation de la valeur ajoutée de l'ambulatoire subsidié par la COCOF et fort développé à Bruxelles

Consensus entre acteurs sur les points à défendre avant le transfert

Soutien des acteurs politiques de la commission santé au Parlement bruxellois

### Risques/obstacles

Faible poids des acteurs RdR (une centaine) par rapport à plus de 3000 intervenants santé

### Indicateurs

Réalisation du dossier

Inscription de la concertation dans le Plan

Contact avec les Mutuelles

Inscription de la RdR dans les programmations mises en place

Mise à l'ordre du jour de la cellule francophone de la RdR.

<sup>27</sup> Cf. action n°10 : « reconnaissance institutionnelle et structurelle de la RdR comme 47<sup>ème</sup> pilier de la politique drogues.

---

## ACTION N°4

Opérationnalisation de la Cellule Santé Assuétudes (RW-RB-FWB) et concertation de celle-ci avec les autres secteurs concernés : éducation, jeunesse, logement, emploi... (en tenant compte du transfert des compétences en cours).

*Action à créer. En lien avec l'objectif opérationnel 13.*

### **Public(s) cible(s)**

Les usagers de drogues en contact avec les institutions de terrain spécialisées en assuétudes

### **Public(s) relais**

Les fédérations (FEDITO bruxelloise, FEDITO wallonne...) selon l'opérationnalisation de la cellule  
Les différentes coordinations existantes (CLDB, ...)

### **Opérateurs**

Les trois entités francophones fédérées (RW-COCOF-FWB)

### **Partenaires**

Les FEDITOs

La CLDB

Les gestionnaires de données

Les observatoires

Les institutions spécialisées en assuétudes

Les représentants d'acteurs hors secteurs assuétudes (jeunesse, aide à la jeunesse, santé...)

### **Lieu(x) et couverture géographique**

Région de Bruxelles-Capitale, Région Wallonne

Couverture nationale : collaboration avec le niveau fédéral

### **Ce qui existe déjà**

Depuis 2008, il existe la « Cellule Générale de Politique Drogues » (CGPD). Cette Cellule est composée des membres pour le gouvernement fédéral, pour les entités fédérées, d'un coordinateur et d'un coordinateur adjoint. Les missions de la Cellule générale de politique en matière de drogues sont : faire réaliser un inventaire détaillé, complet et à jour de tous les acteurs impliqués dans la problématique des drogues; proposer des mesures motivées en vue de faire concorder les actions menées ou envisagées par les administrations ou services publics compétents et les parties signataires d'accroître les dites actions; émettre des avis et des recommandations motivés sur la réalisation de l'harmonisation des politiques en matière de drogues; évaluer, en collaboration étroite avec l'Observatoire belge des Drogues et des Toxicomanies: a) La qualité des données et de l'information qui sont retransmises à la Cellule générale par les parties signataires ainsi que par les administrations et services publics ; b) La rapidité de l'échange d'informations entre les autorités, les divers organismes compétents et la Cellule générale ; préparer et proposer des accords ou des protocoles de coopération pour réaliser les actions intégrées; préparer les rapports pour la Conférence interministérielle et pour les instances internationales; Stimuler la concertation, proposer à la Conférence interministérielle une position commune de la Belgique auprès des instances européennes et internationales compétentes en matière de drogues; formuler des recommandations et des propositions relatives au contenu et à la mise en œuvre des notes de politique en matière de drogues rédigées par les parties signataires.

En 2001 a été créé « La Cellule Politique de Santé Drogues ». Il s'agit d'une cellule de travail de la Cellule Générale de Politique Drogues.

La Conférence Interministérielle Drogues prend la décision finale sur les propositions de la CGPD.

En septembre 2012 le protocole d'accord créant la **Cellule politique francophone « santé-assuétudes »** a été approuvé par les Gouvernements de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Wallonie et de la COCOF. Le coordinateur de la cellule a pris ses fonctions en novembre 2013.

### **Rôles et missions de la Cellule Santé Assuétude**

La cellule doit pouvoir disposer de missions plus larges que la simple information et ne pas se cloisonner dans un rôle exécutif.

Les missions de la Cellule doivent être bien définies (mission de la coordination, quelles concertations, quel modèle de prise de décision, quelle information) et reprises dans un document qui reprendra précisément le rôle et le fonctionnement de la cellule.

L'opérationnalisation de la cellule doit commencer par la construction d'un dénominateur commun, d'une base commune, en partant des besoins du terrain. Ce travail peut être repris dans un livre blanc réalisé par le secteur et qui reprendrait toute une série de constats sur des manques en termes de justice sociale pour les usagers de drogues et ceci par rapport à trois axes : logement – travail – formation. (cf. l'action 7.7 du Milieu de vie Soins-rue : Intégration des Affaires sociales dans la Cellule francophone Santé-assuétudes)

Le travail de la cellule sera de :

- à court terme (avant l'échéance électorale) :

Obtenir un consensus des différents acteurs et secteurs en matière de politique assuétudes pour arriver à un plan de travail sur deux ans et qui offre une certaine visibilité à la cellule. Il faudrait, avant les élections, inscrire les assuétudes dans un cadre global.

Ainsi, deux de ses premières missions seraient de croiser les attentes exprimées par les trois cabinets (RW/COCOF/FWB) et les attentes des acteurs de terrain. Par exemple : travailler sur des thématiques prioritaires (travail au niveau politique) ainsi que de mettre en place d'un système de simplification administrative du type guichet unique (travail au niveau du terrain). Il s'agit d'arriver à un ajustement entre les perspectives politiques et administratives.

- à moyen terme :

La cellule devrait pouvoir proposer un programme sur le long terme (plan quinquennal, par exemple) et prendre en compte le lien à faire avec la COCOM pour une harmonisation/meilleure cohérence des actions, stratégies politiques, sur le territoire bruxellois et une harmonisation entre la Région bruxelloise et la Région Wallonne.

### **Différentes étapes**

Dans un premier temps, il serait intéressant d'élaborer un schéma de travail « excentrique » : qui reprendrait, parmi l'ensemble des acteurs et partenaires, ceux qui sont identifiés comme prioritaires (c'est-à-dire plus directement concernés) et puis élargir vers les autres acteurs (en incluant les acteurs hors secteur assuétudes).

Avant de s'étendre à d'autres secteurs, la cellule doit se construire une identité propre. Il est important que cette manière de procéder (par étapes et en incluant progressivement les différents types d'acteurs) soit bien explicitée depuis le début.

Les autres secteurs avec lesquels la cellule devrait à terme construire une collaboration sont notamment : l'enseignement, la jeunesse, l'aide à la jeunesse, le logement et l'action sociale (cf. action 7.7 du milieu de vie Soins-Rue). L'opérationnalisation de la cellule doit permettre la création d'une dynamique intersectorielle.

### **Fonctionnement**

La cellule devrait organiser des réunions régulières :

- entre le coordinateur de la cellule et les trois entités fédérées ;
- entre le coordinateur et les gouvernements conjoints ;
- la cellule devrait établir des liens avec la cellule générale santé drogues en assistant aux réunions

Une sorte de plateforme devra être mise en place par la Cellule pour y restituer ses travaux. Un rythme d'aller et retour du travail effectué ainsi que les outils de restitution seront également à définir par la Cellule. Il faudrait évaluer quels outils sont les plus pertinents et définir qui a accès à ses outils (par ex : PV de réunions) et comment les partenaires auront accès à ces outils.

**Facteurs de réussite**

Vision constructive de trois acteurs politiques (RW-COCOF-RB)

Mise en place de mécanismes de concertation efficaces

Capacité de la cellule à prendre des initiatives

Utilisation du cadre de référence existant (différents plans RdR, stratégies concertées de prévention et de RdR en FWB)

**Risques/obstacles**

Incertitude actuelle du paysage institutionnel futur

Non conciliation des attentes des différents acteurs

**Indicateurs**

Visibilité de la cellule, connaissance du travail de la cellule par les acteurs de terrain

Adéquation de l'agenda de la cellule par rapport aux attentes (politiques et du secteur)

Existence d'un réel travail intersectoriel

Participation aux travaux organisés par la cellule



## C. TRAVAIL SUR LES COMPÉTENCES ET CONNAISSANCES DES RELAIS (NON) PROFESSIONNELS

### ACTION N°5

Intégration de la RdR dans les formations initiales et continues des intervenants du secteur assuétude et d'autres secteurs.

*Action qui existe déjà mais à développer/ « étendre ». En lien avec les objectifs opérationnels 6 et 7.*

#### **Public(s) cible(s)**

(Futurs) professionnels des secteurs psycho-médicosociaux, en particulier les infirmiers/ères en santé communautaire

#### **Public(s) relais**

Les Autorités académiques et enseignants des Hautes Ecoles formant les assistants sociaux, éducateurs, infirmiers/ères

Les Autorités académiques et enseignants des Universités : facultés de médecine, santé publique, de psychologie, agrégation...

#### **Opérateurs**

Les Professionnels du secteur RdR et de la santé en général

Les Formateurs spécialisés, institutions de formation dans divers secteurs

#### **Partenaires**

Les Fédérations de professionnels (FEDITO, par exemple)

Les Universités (faculté de médecine, sections paramédicales, etc.), Hautes Ecoles (sections paramédicales, sociales, enseignement...),

Les Organismes de formation continue (pour médecins, acteurs du champ social, éducation/enseignement...)

Les Acteurs RdR et assuétudes

Les Hôpitaux

Les Fédérations de professionnels (médecins généralistes, pharmaciens, santé mentale, travailleurs sociaux...) etc.

Les Pouvoirs subsidiaires (COCOF, FWB)

#### **Lieu(x) et couverture géographique**

Universités, Hautes écoles, organismes de formations à Bruxelles- Capitale (Région) (voire FWB en fonction des pouvoirs subsidiaires ces acteurs).

#### **Exemple de ce qui existe déjà**

Il existe des modules de formation à la RdR pour tout professionnel susceptible de rencontrer des usagers de drogues dans le cadre de sa pratique. Ces formations sont le plus souvent de courte durée (une dizaine d'heures).

Dans le cadre de la formation continue, il existe notamment un certificat en assuétude (UCL).

Malheureusement, une seule journée est destinée à la RdR.

Des formations pour professionnels de divers secteurs non spécialisés ou pour professionnels médicaux ou paramédicaux sont organisées notamment par des institutions actives dans le secteur assuétudes, ou encore par des associations regroupant notamment des professionnels de la santé.

Malheureusement les moyens alloués limitent le nombre de ces formations ce qui ne permet pas de répondre à toutes les demandes et besoins.



### **Etat des lieux préalable**

Certains opérateurs de prévention et de RdR ont une mission de formation. Il faut donc recenser les différents types de formations données en matière de contenu, de public auxquelles elles s'adressent et où (sur quel territoire).

Parallèlement, un inventaire des besoins est à réaliser (quoi, pour qui et où).

### **Formations initiales**

Il faut faire une recherche sur où et comment se construit un programme d'enseignement et vérifier dans chaque formation initiale si une part est réservée aux assuétudes, quel est son contenu et si la RdR y est abordée et comment. Des contacts sont à prendre avec les autorités académiques et les enseignants des Hautes Ecoles/Universités formant les futurs professionnels : assistants sociaux, éducateurs spécialisés, médecins, infirmières, psychologues.

Les aspects suivants sont à aborder dans un module de base : la Charte de la RdR et ses principes fondamentaux, les diverses drogues, modes de consommation et risques liés, l'usage de drogue récréatif/problématique, les aspects légaux, les divers dispositifs RdR existants, les liens entre RdR, soins, et prévention, les milieux de vie et leurs spécificités, les réalités de terrain, la gestion des conflits, les représentations (notamment sociales) de l'usage de drogue et des usagers... Ce module doit systématiquement être adapté à la spécialité de formation et à la réalité du terrain que risque de rencontrer les étudiants à la sortie de leurs études..

Un référentiel de RdR est à rédiger pour le diffuser dans le secteur mais aussi pour pouvoir faire une proposition claire (en termes de contenu, animations, objectifs...) aux responsables de des programmes de cours ou de formation.

Le volet RdR peut être intégré dans un cours plus général sur les assuétudes qui existe dans le cursus.

### **Formations continues**

Les formations des intervenants du secteur assuétudes ne permettent pas toujours de répondre aux besoins des équipes : prix, difficulté de permettre à son équipe de se former, limitation de l'offre et du nombre de participants, parfois formations décalées de la réalité...). Il est donc utile de revoir, de développer l'offre en matière de formations destinées aux professionnels.

La possibilité de proposer des formations dans une diversité de secteurs, à une diversité d'acteurs est à investiguer: santé mentale, maisons médicales, CPAS, services sociaux

Chaque profession doit aussi être approchée spécifiquement en partant de ce qui se fait déjà (exemple pour les médecins : les Groupes Locaux d'Evaluation Médicale ...)

### **Formations des nouveaux travailleurs au sein des institutions du secteur**

Une journée d'accueil (ou plusieurs) des nouveaux travailleurs du secteur pourrai(en)t être organisée(s) au sein des institutions afin de présenter leur travail, leurs pratiques, leurs réalités, etc.

### **Définition des objectifs et du contenu**

Une institution fédérant les acteurs (la FEDITO, par exemple) pourrait relancer le débat sur la formation : quel contenu, comment concrètement proposer aux professionnels de participer à ces formations étant donné les problèmes de temps de travail dans les équipes... ?

Il est important de déterminer l'objectif de ces formations. Le contenu doit systématiquement être adapté en fonction du public-cible. De même, il est important de déterminer qui doit donner ces formations et avec quelle légitimité. Il peut s'agir d'acteurs de terrain, des scientifiques, des chercheurs...

**Facteurs de réussite**

Disposer d'un référentiel clair des formations existantes  
Une définition des objectifs pour chaque formation  
Une validation politique d'un agrément pour un service de formation  
Equipe de formation pluridisciplinaire

**Risques/obstacles**

Financement insuffisant  
Formateurs pas assez formés ou ne connaissant pas l'ensemble de la problématique  
Offre de formation ne répondant pas aux besoins des travailleurs, peu adaptées aux contraintes des équipes

**Indicateurs**

Financement alloué  
Nombre de personnes formées  
Intérêts de secteurs différents, professions/secteurs touchés  
RdR inscrite au programme des Hautes Ecoles/universités  
Existence d'un référentiel  
Existence d'un cadastre des formations  
Qualité des formations  
Satisfaction des participants

---

## ACTION N°6

Organisation de journées d'étude sur la RdR, des Assises de la RdR, colloques pour professionnels du secteur assuétudes et autres secteurs.

*Action qui existe déjà mais à "étendre". En lien avec les objectifs opérationnels 6 et 7.*

### **Public(s) cible(s)**

Les professionnels de la RdR et du secteur assuétudes

Les professionnels des secteurs suivants : jeunesse, social, médical, santé mentale, 3<sup>ème</sup> âge, logement, lutte contre la pauvreté....

### **Public(s) relais**

Les fédérations des secteurs ciblés

Les acteurs politiques

Les acteurs médicaux et de la santé

Les acteurs judiciaires

### **Type(s) d'opérateur(s)**

A voir suivant les thématiques

Les Acteurs de RdR

Les Fédérations de professionnels

### **Partenaires**

Suivant les thématiques :

Les fédérations (exemple FEDITO), associations regroupant des professionnels d'un secteur (exemple : SSMG)

Les pouvoirs publics

Les universités/hautes écoles, la SSMG

Autres/institution s'intéressant à la RdR (la Liaison Antiprohibitionniste) ...

Les usagers de drogues

### **Lieu(x) et couverture géographique**

En fonction des thématiques abordées :

Région de Bruxelles-Capitale

Région Wallonne

### **Exemple de ce qui existe déjà**

La Liaison Antiprohibitionniste organise deux à trois fois par an des conférences avec un versant RdR sur des thématiques spécifiques (par exemple : salle de consommation supervisées, dopage et les « Research Chemicals »).

Les Petits Déjeuners de la RdR sont organisés quatre fois par an sur des thématiques précises de manière intersectorielles (migrants, vieillissement, nouveaux medias, mineurs,...) en s'adressant aux acteurs bruxellois de la RdR mais en s'ouvrant de plus en plus à d'autres secteurs en fonction des thématiques spécifiques abordées (les jeunes usagers, les usagers « plus âgés »...).

Trois types d'actions sont à mettre en place.

### **1. Des colloques et des conférences thématiques sur des sujets d'actualité**

Il s'agit d'évènements ponctuels. Exemples de thématiques : « Research Chemicals », salles de consommation, dopage, articulation soin/RdR, vieillissement des usagers, usagers mineurs... à destination de l'ensemble des professionnels en contact avec des usagers de drogues. Chaque année, les thèmes sont à réexplorer.

L'organisateur devra être choisi en fonction du thème afin d'avoir un impact important. Essayer d'obtenir l'accréditation pour ce type d'événement.

### **2. Des Assises de la Réduction des Risques**

Evènement à destination des acteurs de RdR ou qui peuvent avoir un lien avec la RdR et dont les objectifs sont de :

- fédérer les acteurs ;
- remettre en question les avancées tous les 5 ans ;
- avoir le courage de poser des questions approfondies.

Il s'agirait de faire un état des lieux des actions, des projets, des problématiques, des enjeux de la RdR et d'établir des recommandations. Si les Assises sont régulières, il faut repartir des recommandations précédentes pour faire l'état des lieux, prendre des positions internes qui seront diffusées par la suite.

L'identification des thèmes doit également se faire en interrogeant les usagers afin de voir ce qui leur pose question, quels sont les enjeux pour eux en termes de RdR. La Charte doit être envoyée à tous (aux usagers, aux participants, aux intervenants) à l'avance avec deux ou trois points à mettre en débat.

Un forum sur le site de la FEDITO pourrait permettre de pointer des questions, des sujets à traiter. Les questions doivent aussi pouvoir venir d'autres secteurs. Ce sont les assises qui renverraient les questions à mettre en conférence de consensus (testing, salle de consommation...) (cf. ci-dessous).

L'organisation pourrait être portée par la Concertation RdR en collaboration avec un membre représentant de chaque secteur qui a un lien avec la RdR, un autre scénario serait un acteur spécialisé en RdR comme porteur du projet en collaboration avec d'autres acteurs (éventuellement la Concertation RDR).

### **3. Des conférences de consensus**

L'objectif d'une conférence de consensus est de faire rédiger par une commission d'experts un avis collectif sur une question controversée, à laquelle les réponses diffèrent selon les enjeux représentés par les acteurs.

Le public serait plus transversal et comprendrait une diversité d'acteurs en fonction des thématiques : des acteurs du monde politique, du judiciaire, d'autres secteurs... Tous ces secteurs ne devant pas être représentés systématiquement. La composition sera définie au cas par cas. L'organisation doit donc aussi être plus transversale afin d'arriver à un consensus minimum, c'est-à-dire à un accord mutuel qui permet la réalisation d'actions sensibles d'un point de vue légal, éthique ou politique. Il est donc plus opportun que cela soit mis en place par un organisme d'intérêt public, une institution ou une organisation qui a une position neutre. Il ne doit pas y en avoir en permanence mais sur des dossiers importants.

L'identification des thèmes se ferait en fonction des Assises (cf. plus haut). Lors des Assises, les prises de positions se font après un questionnement. Si le secteur ne peut pas prendre position seul ou ne sait pas mettre l'action en place seul, une conférence de consensus doit être mise en place (par exemple : des thèmes comme le testing, les salles de consommation....).

**Facteurs de réussite**

Financement de l'organisation de telles actions  
Identification de thèmes qui intéressent et qui font sens

**Risques/obstacles**

Manque de financement  
Difficulté d'organiser des actions intersectorielles

**Indicateurs**

Choix des thématiques pour les colloques  
Choix de questions pertinentes légitimes pour les Assises et validation des recommandations  
Existence d'un consensus ou a minima déblocage de la situation pour les conférences de consensus  
Nombre de participants  
Impact sur le discours des professionnels  
Type de public participants (secteurs dont ils sont issus), etc.

ACTION N°7

Mise en place d'un système de collecte et d'analyse de données harmonisées sur les pratiques de consommation, les prises de risques, les nouveaux produits... et recherches/recherches action dans les différents milieux de vie.

*Action qui existe déjà mais à "étendre" ou à améliorer. En lien avec l'objectif opérationnel 1.*

**Public(s) cible(s)**

Les usagers de drogues  
Les acteurs RdR/assuétudes de terrain  
Les acteurs politiques

**Opérateurs**

Un observatoire (organisme indépendant)

**Partenaires**

Les acteurs de terrain  
Les universités, organisme de collecte et d'analyse de données, centres de recherche  
Les fédérations/coordinations d'acteurs (Fédérations...)

**Lieu(x) et couverture géographique:**

Dans les différents milieux de vie à Bruxelles-Capitale (Région), dans un premier temps

**Exemple de ce qui existe déjà**

Des associations de terrain organisent des récoltes d'information auprès de leurs publics, dans le cadre de leurs projets en termes de consommation, de connaissances, de comportements à risques, etc. Malheureusement, ces récoltes sont hétérogènes et ne peuvent être rassemblées en une base de données bruxelloise unique qui permettrait d'avoir une vision globale.

L'enquête de santé par interview menée par l'Institut de Santé Publique tous les quatre ans, ainsi que l'étude HBSC (tableau de bord de la santé des jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles) abordent quelques aspects liés à la consommation de produits psychotropes. Les données de l'enquête HBSC et de l'enquête HIS fournissent également des informations sur la consommation d'alcool et de certaines drogues chez les jeunes de 12-20 ans (HBSC) et de 15-24 ans (HIS).

L'Indicateur de Demande de Traitement (TDI) est un indicateur européen qui consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale. Il permet d'avoir une estimation du nombre et de dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande, et ce grâce à un système de récolte de données spécifiques composé d'une vingtaine de variables. Une des particularités du protocole belge est de récolter également les demandes de traitement liées à l'alcool. Ces données TDI sont précieuses, mais elles ne fournissent des informations que sur les personnes en traitement.

La Plate-forme de santé mentale bruxelloise récolte des données bruxelloises. Celle-ci travaille actuellement avec les institutions sur un nouvel "Addibru 3.0".



### Etape préalable

La mise en place d'un système **harmonisé** de collecte et d'analyse de données doit être précédé par un **inventaire précis des données existantes** : données en provenance des comptoirs d'échange de seringues, d'acteurs de terrain, données en provenance des pharmacies ou des médecins généralistes, données collectées par les éducateurs de rue ou les structures de soins, etc.

### Données à récolter

Une collecte **harmonisée** peut être organisée en tenant compte de critères géographiques et par milieu de vie. Les données collectées peuvent apporter des informations sur :

- le profil sociodémographique des usagers ;
- le profil de consommation des usagers ;
- les problèmes de santé liés à l'usage de drogues ;
- les problématiques associées à l'usage de drogues (logement, précarité, prostitution, etc.) ;
- les prises de risque associées à la consommation ainsi que les connaissances en la matière ;
- les modes de consommation et les nouvelles tendances ;
- les mécanismes de RdR mis en place par les usagers ;
- la prévalence de la consommation des différents produits.

### Organisation et opérationnalisation de la collecte

La structure qui prendrait en charge la collecte et l'analyse des données devrait être un organisme indépendant, qui devra centraliser les données en provenance des différents opérateurs de la collecte. Il faudrait renforcer les synergies en respectant une certaine autonomie des acteurs partenaires.

Les données étant à caractère « sensible », un opérateur spécifique et autonome, qui s'occupe de la gestion et de la valorisation de ces données serait nécessaire, tout en veillant à l'existence d'articulations avec les besoins et attentes du secteur. L'opérateur spécifique devrait être en contact permanent avec les acteurs de terrain.

NB : Dans le contexte du transfert de compétences, la légitimité de l'opérateur est à clarifier d'un point de vue institutionnel (par est-il mandaté par qui), ainsi que son rôle et l'articulation avec d'autres organismes tels que la Cellule francophone santé-assuétudes.

Il faudrait partir de l'existant en améliorant la convergence des outils de récolte qui existent actuellement en garantissant une spécificité en ce qui concerne les assuétudes. Il faut s'assurer que le système de recueil de données puisse être renforcé par les synergies créées.

Afin d'obtenir une collecte de données harmonisée, il faudrait construire, par type de structure, un cahier de collecte commun en mettant en place au préalable une concertation des acteurs de terrain afin de les impliquer dans la définition des données à récolter. Il serait intéressant d'organiser une pré-enquête pour pointer les ressources existantes et lister les membres du réseau qui pourraient participer à la collecte.

Le système de récolte doit servir d'aide à la décision (politique), d'outil de recherche épidémiologique et doit aussi être au service des institutions de terrain. Il faut ainsi qu'un **feed-back individuel permanent** des analyses soit garanti à chaque institution, afin de leur permettre de réorienter, peaufiner, améliorer la mise en place de leurs actions et servir de base pour la réalisation d'évaluations.

Pour concrétiser cette récolte sur le terrain, l'organisme (observatoire) en charge de la collecte et de l'analyse doit en plus avoir un rôle **d'accompagnement des partenaires**. Il faudrait accompagner les acteurs de terrain dans l'utilisation de l'outil de récolte et dans l'utilisation des données fournies (contextualisation et interprétation des données, comment réorganiser ou réorienter les actions, comment utiliser les données en vue d'une évaluation etc.).

En ce qui concerne l'opérationnalisation du système de collecte, le système pourra soit enregistrer les contacts (option à moindre coût mais moins informative), soit les personnes en utilisant **un code unique anonyme** (option plus intéressante car elle permet de suivre le patient à travers le réseau et dans le temps). Il faudra

prévoir un tronc commun, ainsi que des modules complémentaires en fonction des spécificités des différentes structures impliquées dans la récolte : pharmacie, médecins généralistes, comptoirs d'échange, éducateurs de rue, centres ambulatoires, centre de bas seuil, services de RDR, etc. Il faudra également prévoir une fiche d'identification du prestataire.

#### **Exemples de recherches-actions à développer**

- Recherche sur la consommation de nouvelles drogues de synthèse (car actuellement non couvertes par les enquêtes qui fournissent des données de prévalence).
- Estimation de la prévalence de consommation de drogues en milieu festif (car les données issues des activités de RDR en milieu festif sont non représentatives).
- Estimation de la prévalence de consommation de drogues chez les jeunes qui ne sont pas couverts par l'enquête HBSC (jeunes déscolarisés, jeunes professionnels ou en apprentissage).
- Estimation de la polyconsommation de drogues (consommation « simultanée » de plusieurs produits : car les enquêtes se centrent généralement sur chaque produit isolément).

#### **Facteurs de réussite**

Crédibilité de l'organisme en charge de la collecte et analyse des données

Vision à long terme/ garantie d'un travail sur le long terme

Existence d'un Arrêté complémentaire/ Circulaire qui inciterait/obligerait à réaliser la récolte des données

#### **Risques/obstacles**

Non adhésion à la récolte des données (de la part des institutions de terrain)

Lourdeur administrative (dans la procédure d'encodage mise en place)

#### **Indicateurs**

Nombre d'institutions qui adhèrent à la collecte et la réalisent (couverture externe)

Nombre de personnes effectivement encodées par rapport au nombre de personnes qui devraient être encodées (couverture interne)

Existence d'un protocole de collecte harmonisé

Existence et nombre de rapports présentant les analyses détaillées par structure

Effectivité de retours vers les partenaires

---

## ACTION N°8

Mise en place d'une politique d'analyse de produits psychotropes (testing dans les milieux de vie, dans des structures de RdR).

*Action qui existe déjà mais à "étendre" et à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 1.*

### **Public(s) cible(s)**

Les usagers de drogues de tous produits confondus (et pas uniquement les nouvelles drogues de synthèse)

### **Public(s) relais**

Les acteurs du secteur Justice

Les législateurs

Les partis politiques

Les autorités communales

Le grand public/société civile

### **Type(s) d'opérateur(s)**

Phase 1 : la FEDITO bruxelloise, les organismes « qui ont du poids » comme la CLDB, le VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw), la Plate-Forme élargie de la RdR...

Phase 2 : les acteurs RdR de terrain

### **Partenaires**

Pour la phase 1 : le BELSPO (Politique Scientifique Fédérale)

### **Lieu(x) et couverture géographique**

Phase 1 : couverture nationale et/ou régionale (s'il s'agit de donner un cadre sécurisant pour les actions, il faut passer par une phase de sensibilisation à un niveau national)

Phase 2 : idéalement au niveau national, si pas au niveau communautaire, si pas au niveau régional :

- en milieux festifs en points fixes et lors de gros événement à Bruxelles
- dans les comptoirs d'échange de seringues
- dans les salles de consommation s'il y en a
- à Infor Drogues pour le public qui n'est pas touché par les autres actions
- faire des liens avec les centres thérapeutiques qui le désirent
- ...

### **Ce qui existe déjà**

Organisation de testing une fois par semaine lors de permanence dans un lieu d'accueil **et d'information sur les nouvelles drogues de synthèse**, et une seule fois par an lors un festival (problème d'autorisation).

### **Rappel des objectifs du testing**

Il s'agit avant tout de :

- créer un moment de contact, de counselling et de conseils de RdR adaptés à la consommation de l'utilisateur ;
- développer l'empowerment des usagers ;
- participer et alimenter le système d'alerte précoce.

### **Stabilisation de l'existant**

Il convient avant tout stabiliser le projet de testing existant puis à l'étendre à un réseau de points d'accueil et de testing.

Au plus le réseau est étendu, au plus l'information sur les substances en circulation sera rassemblée et partagée. Ceci qui permet de réaliser des économies d'échelles.

### **Phase 1 : adaptation de la loi de 1921 sur les stupéfiants**

Avant d'étendre le projet, il faut passer par une phase de lobbying pour stabiliser, améliorer l'acceptation sociale de ce type de projet et adapter la loi afin de sécuriser ce projet expérimental, qui, en place depuis plus d'une quinzaine d'années, a pu capitaliser une grande expertise.

L'objectif final est de changer la Loi. Un projet de modification de la loi de 1921 a été écrit en ce sens par la Plate-Forme de RdR.

Il est cependant possible de passer par un objectif intermédiaire : un dispositif intermédiaire qui consisterait en une Circulaire par Arrondissement judiciaire, par exemple, afin de permettre aux associations subsidiées pour le testing de mener leur projet.

Un groupe de travail devra être mis en place afin de définir l'argumentaire à utiliser et le cadre juridique nécessaire ainsi qu'un dossier « evidence-based ».

Le premier argumentaire public doit être simple et porter sur deux ou trois points. Il doit être suivi d'un argumentaire plus pointu.

Une fois l'argumentaire réalisé, il faut le rendre public et en assurer la **visibilité** :

- par la publication d'articles dans la presse, l'organisation de colloques (notamment via BELSPO) ;
- en faisant du lobbying auprès des partis politiques pour qu'ils l'inscrivent dans leur programme.

### **Phase 2 : création d'un réseau de points « testing »**

Un réseau de points de testing est à mettre en place à partir des différents milieux de vie ou lieux fréquentés par les usagers (exemples : festivals, lieux de sortie, comptoirs d'échange de seringues, autres structures).

Ce réseau devrait comprendre :

- une coordination locale se situant entre un laboratoire et des points de testing ;
- une coordination globale pour la cohérence, la réalisation d'une base de données reprenant l'ensemble des échantillons et produits analysés et l'évaluation du projet.

### **Harmonisation des pratiques**

Etape indispensable à la mise en place d'un réseau de points de testing : l'harmonisation des pratiques des professionnels en matière de testing par :

- la formation des équipes des différents points du réseau ;
- l'organisation des visites de projets analogues à l'étranger ;
- la rédaction et la diffusion de guidelines sur le type de counseling, le type de techniques utilisées, la dangerosité des produits, etc... ;
- la mise en place d'un protocole d'analyse commun aux différents labos.

Composition des équipes des points testing :

- pharmaciens ou chimistes pour la Chromatologie sur Couche Mince (CCM : technique de chromatographie couramment utilisée pour séparer des composants dans un but d'analyse) ;
- professionnels de la RdR ;
- pairs (facultatif).

#### **Communication sur les services disponibles**

Outre une communication « tous publics » sur les lieux de testing, la communication visera directement les usagers par la distribution de flyers dans des lieux de consommation, dans les centres spécialisés, en milieu festif, aux endroits de deal, via des sites comme Psychonaut...

#### **Facteurs de réussite**

Demande potentielle des structures, des usagers

Climat de confiance pour les usagers

Sécurité du cadre de travail

Pérennité du projet

Développement des connaissances des professionnels sur les « Research Chemicals » en termes de santé et de RdR

#### **Risques/obstacles**

Manque de financement

Récupération et contrôle du projet

Non modification de la loi ou de circulaire par arrondissement judiciaire

#### **Indicateurs**

Diversification du public qui vient tester

Type de produits testés

Qualité des contacts avec les usagers lors des testings

Nombre de lieux de testing

Diversité des lieux de testing, types de lieux

Empowerment des usagers, changement de comportement en termes de RdR des consommateurs

Participation des usagers au projet

Lien avec des groupes d'auto-support comme Psychonaut

Infos et connaissance des produits

Existence d'une base de données commune sur les produits

Existence d'une base commune d'encodage des résultats

Nombre d'encodage dans la base de données

Existence de protocole commun et de guideline

Existence de formation continue spécifique des travailleurs

Participation au système d'alertes précoces

Réunion de collaboration avec le point focal et les sous-points focaux de l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies)

Pourcentage d'alerte émanant des lieux de testing

Meilleure connaissance des produits en circulation

ACTION N° 9

Actions de plaidoyer sur la dépénalisation, la légalisation et la régulation de l'usage de drogues auprès des sphères politiques, actions de sensibilisation auprès des médias... (Révision de la loi de 1921).

*Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 18.*

**Public(s) cible(s)**

La société civile  
Les partis politiques  
Les médias (également public relais)  
Les professionnels du secteur socio-sanitaire et de la justice

**Public(s) relais**

Les médias  
Les FEDITO's (également partenaire)  
Les ministres de la Santé  
Les parlementaires

**Opérateurs**

Une association qui a un objet social assez large, qui milite pour les droits de l'homme, est reconnue et légitime pour un grand nombre en lien avec une ou des associations qui militent spécifiquement pour une légalisation.

**Partenaires**

Les FEDITOs

**Lieu(x) et couverture géographique**

Au niveau francophone (FWB) dans un premier temps, et ensuite en Communauté flamande.

**Exemple de ce qui existe déjà**

Depuis de nombreuses années, la Liaison Antiprohibitionniste milite pour une réglementation et organise de nombreux débats autour de ce thème.

Un groupe de travail mis en place par le CAL travaille sur un projet concret de législation.

Plusieurs jeunes mouvements politique se sont positionné pour des projets de légalisation (Ecolo J ; les jeunes socialistes, libéraux et MR)

La Plateforme de RdR a écrit un projet de loi proposant la décriminalisation de l'usage

### **Stratégie à suivre**

#### Une progression pas à pas

D'un point de vue stratégique, il faut avancer pas à pas et donc avoir plusieurs propositions :

- une première qui vise la dépénalisation (on sort l'infraction du code pénal) de l'usage de drogues et la détention pour usage personnel, pour au minimum oser obtenir la décriminalisation (on ne poursuit plus même si cela figure toujours dans le code pénal) ;
- et des propositions de légalisation et d'organisation concrète de la pourvoyance et du commerce qui doivent également être travaillées.

#### Constitution d'une coupole

- Constituer une coupole regroupant les différents mouvements qui adhèrent à un projet de légalisation.
- Etendre cette coupole petit à petit et rédiger des argumentaires communs avec des arguments clairs, pédagogiques et ce tant au niveau pratique, santé publique qu'éthiques.
- Rendre cette coupole nationale avec des partenaires équivalents en Flandre.
- Définir une stratégie du « step by step » (dépénalisation vers légalisation, cannabis vers toutes les drogues).
- Lancer des campagnes communes déclinées suivant les sensibilités de chaque mouvement présent au sein de la coupole.

### **Un argumentaire à deux niveaux**

#### 1. Un argumentaire très pragmatique

Adopter une approche pragmatique en mettant en avant **l'intérêt commun, la santé publique**, en essayant de passer au-dessus de ses convictions personnelles. L'enjeu est notamment de faire avancer une politique de RdR. La pénalisation entrave l'accès des professionnels à certains publics, elle complique le travail des professionnels (difficulté d'organiser des actions de testings, etc.) et met les travailleurs de RdR dans une situation non sécurisante (transport des échantillons à tester). La pénalisation stigmatise les usagers aux yeux de la société mais également à leurs propres yeux. En dépénalisant, les usagers auront plus de facilité à s'adresser à des services professionnels (cf. ce qui se fait au Portugal).

Utiliser les chiffres des études, tout ce qui découle de « l'évidence-based », d'évaluation d'actions permettront de renforcer le côté « pragmatique », les exemples venant de l'étranger (notamment le Portugal).

Le budget dédié à la répression dépasse de loin le budget de la prévention et de la RdR. D'un point de vue pragmatique, il est nécessaire de se recentrer sur la répression du « gros » trafic et non plus sur l'usager qui n'a pas sa place en prison.

NB. Il serait particulièrement utile de disposer de davantage de données sur les consommations, les comportements, les données sociodémographiques des consommateurs car actuellement, de nombreuses données utilisées proviennent du soin (TDI...), ce qui traduit les cas les plus graves et les plus lourds.

La reconnaissance de la RdR comme quatrième pilier de la politique drogues<sup>28</sup> permettrait de soutenir cette argumentation.

Si une reformulation de la loi, ou de l'un de ces articles est prévu (exemple l'article 3 pour faciliter l'accès des professionnels aux usagers (cas des salles de consommation, etc.), il faudra rester attentif à la formulation en ne la cadenassant pas trop (comme dans le cas de la prescription de la Méthadone).

#### 2. Un argumentaire plus éthique se situant au niveau des valeurs

Il s'agit du respect à la différence dans une société qui se veut de plus en plus moralisatrice ; le droit à disposer de son corps.

Autres aspects à aborder :

- la place du risque dans une société qui le tolère de moins en moins ;
- le questionnement de la légitimité de la loi de 1921 (rappel du contexte de son adoption qui visait les fumeries d'opium et non les consommateurs, ce qui est venu par la suite sous l'influence des Etats-Unis) ;

<sup>28</sup> CF. action n° 10 : «Reconnaissance institutionnelle et structurelle de la Rdr comme 4<sup>ème</sup> pilier de la politique drogues».

- la déstigmatisation des usagers en utilisant des témoignages, en montrant qu'ils peuvent être capables de gérer leur consommation et leurs obligations familiales, sociales, professionnels, en montrant une autre réalité que celle présentée d'ordinaire ;
- le lien avec l'alcool qui est accepté socialement et dans notre société.

### **Stratégies de communication**

#### Vis-à-vis de la presse/des médias

- Choisir un ou des porte-paroles « reconnus » dans le secteur de la toxicomanie ou de la société civile qui pourrait/aient jouer le rôle de leviers pour relayer le message au niveau politique ou dans les médias.
- Organiser des événements qui pourront être médiatisés et qui permettront d'amener le message sur la scène publique, c'est-à-dire dans la presse (écrite, audiovisuelles, internet, réseaux sociaux...). Ces événements pourront également attirer des professionnels (soins, prévention toxicomanie et RDR, justice...). Plus le sujet de l'événement sera « accrocheur » ou en lien avec l'actualité, plus cela suscitera l'intérêt des médias et du public.
- Rebondir sur l'actualité : préparer un dossier de fond, un canevas pour un communiqué de presse standard (à adapter facilement) afin de pouvoir facilement rebondir sur un fait divers repris dans la presse en lien avec l'usage de drogues, un « questions-réponses » pour faciliter les interviews avec les journalistes (notamment pour le(s) porte-parole(s)).
- Etablir une liste de journalistes à contacter (des non avertis en la matière peut-être plus ouverts à traiter la question, les journalistes qui suivent cette matière et plus ouverts à ce débat).
- Produire des documents (dossiers, communiqués, témoignages « prêts » à l'emploi, illustrations/visuels...). Les journalistes ont de moins en moins de temps pour traiter l'information.
- Travailler avec un expert en communication afin de bien réfléchir et penser l'articulation de tous ces aspects notamment au niveau de la forme.

#### Vis-à-vis des politiques

- S'adresser au Ministre de la Santé en Région bruxelloise, pour qu'il puisse jouer le rôle de relais en utilisant les arguments ceux évoqués plus haut, tout en insistant sur le fait qu'il s'agit d'un point figurant dans le Plan bruxellois de la RdR liés à l'usage de Drogues » qui sera soumis à la COCOF).
- S'adresser aux membres de la Commission Santé du Parlement de la COCOF.
- S'adresser aux différents groupes parlementaires des entités.
- S'adresser aux différentes cellules interministérielles qui gèrent la question des assuétudes.
- Proposer à des parlementaires fédéraux de déposer des projets de loi.

### **Facteurs de réussite**

Des porte-parole « reconnus »  
Adhésion de partenaires flamands

### **Risques/obstacles**

Débat trop idéologique et électoraliste  
Opinion publique peu sensibilisée

### **Indicateurs**

Retombées dans la presse  
Nombre de mouvements qui adhèrent à la coupole  
Existence d'un argumentaire  
Existence de plusieurs projets de loi  
Evolution du discours dans les médias  
Accord des porte-paroles identifiés  
Débats parlementaire sur le sujet  
Proposition de loi déposée au parlement



## F. UN CADRE DE TRAVAIL CLAIR ET COHÉRENT & TRAVAIL AU NIVEAU DES RÉGLEMENTATIONS

### ACTION N°10

Reconnaissance institutionnelle et structurelle de la RdR comme 4<sup>ème</sup> pilier de la politique drogues. <sup>29</sup>

Action à créer. En lien avec les objectifs opérationnels 14 et 15.

#### **Public(s) cible(s)**

Les ministres de la santé et des affaires sociales

#### **Public(s) relais**

Les parlementaires santé et affaires sociales

#### **Opérateurs**

La plate-forme de RdR/ La concertation RdR Bruxelloise

#### **Partenaires**

Les FEDITOs

Les acteurs de RdR

Le VAD (Vereniging voor Alcohol en Andere drugproblemen : association flamande pour les problèmes d'Alcool et autres drogues)

Les acteurs flamands de RdR

#### **Lieu(x) et couverture géographique**

National : avec le VAD et les acteurs RdR flamands

Communautaire : via la Plate-forme de RdR

Régional : via la concertation RdR et la FEDITO

#### **Exemple de ce qui existe déjà**

Exemple suisse de l'articulation entre les 4 piliers de la politique drogues

- **Le pilier « prévention »** contribue à la réduction de la consommation de drogues en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance.

- **Le pilier « thérapie »** contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance ou à en préserver la possibilité. Elle contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées.

- **Le pilier « réduction des risques »** contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et - indirectement - sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux.

- **Le pilier « répression et régulation du marché »** contribue, par des mesures de régulation servant à appliquer l'interdiction des drogues illégales, à réduire les effets négatifs de la consommation de drogues.

#### Exemple français

- Les CARUD sont des centres de RdR et ont une obligation de relais vers le secteur du soin si nécessaire.

- Les GSAPA sont des centres de traitements des assuétudes et ont dans leurs missions un volet RdR. Les deux sont donc distincts mais articulés.

L'IHRA (International Harm Reduction Association) en définissant la RdR la différencie de la prévention et du traitement de la manière suivante : *Une des caractéristiques qui définit principalement cette approche, est*

<sup>29</sup>Le nom de l'action a été modifié par les participants

*qu'elle se concentre sur la prévention des méfaits et sur les personnes elles-mêmes, plutôt que sur la prévention de la consommation de drogues. Par ailleurs, la majorité des personnes qui consomment des drogues n'ont pas besoin d'être traitées. Il est donc nécessaire de s'assurer que les personnes qui consomment des drogues aient accès à différentes options qui permettent de réduire les risques dus au fait qu'elles continuent à consommer, et de diminuer les méfaits envers elles-mêmes et envers la communauté. Il est également important que l'information, les services et les interventions en lien avec la réduction des méfaits demeurent, afin de garder les personnes en santé et en sécurité. Permettre que des personnes souffrent et meurent, de causes qui auraient pu être évitées n'est pas une option. Plusieurs personnes qui consomment des drogues préfèrent des méthodes non cliniques et informelles pour réduire leur consommation de drogues et les risques qui y sont associés.*

## DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

En Belgique, la RdR est de plus en plus reconnue comme pertinente mais n'a pas encore de statut spécifique à côté de la répression du traitement et de la prévention. Ce qui entraîne des difficultés de financement d'une part (personne et tout le monde est compétent) et une difficulté de mise en place de projets qui ne sont toujours pas acceptés par le monde judiciaire, policier ou politique (comme le testing ou les bornes d'échange par « exemple) d'autre part.

Une **définition claire et reconnue à tous les niveaux de pouvoirs** de la Réduction des Risques, ce qu'elle est et n'est pas faciliterait grandement les actions sur le terrain.

Pour ce faire il faut :

- organiser des concertations entre acteurs de la RdR à Bruxelles, en Wallonie et au niveau de la Belgique ;
- définir ensemble, en repartant de la charte, les axes de travail, les articulations avec le soin et la prévention et la spécificité de la RdR ;
- Inscrire la RdR au croisement du social et de la santé ;
- rédiger un mémorandum ;
- présenter le mémorandum aux cabinets compétents en tenant compte du transfert de compétences, à la cellule francophone assuétude et in fini à la CIM drogues.

### **Facteurs de réussite**

Bonne entente des acteurs  
Définition commune claire

### **Risques/obstacles**

Tensions liées au transfert de compétences  
Risque de cloisonnement entre les différents « (sous) secteurs de la toxicomanie »

### **Indicateurs**

Mise en place de concertation  
Présence d'une définition commune  
Articulation avec le soin et la prévention  
Existence d'un mémorandum  
Contact avec les cabinets santé et sociale  
Passage dans les textes de la reconnaissance de la RdR

---

**ACTION N°11**

Attribution d'agrément de service spécifiques pour des missions de RdR et financement structurel de projets pilotes dont l'évaluation s'est révélée positive.

*Action à créer. En lien avec l'objectif opérationnel 17.*

**Public(s) cible(s)**

Le ministère de la Santé

**Public(s) relais**

Les parlementaires et les groupes politiques

**Opérateurs**

La FEDITO et les acteurs spécialisés en RdR

**Partenaires**

Les acteurs du social et de la santé bruxellois qui ont des usagers de drogues dans leurs publics.

**Lieu(x) et couverture géographique**

Région de Bruxelles-Capitale

### **Consensus entre les acteurs de terrains**

Il faut s'accorder au niveau du terrain sur l'intérêt d'une mission spécifique RdR. Quelle serait la plus-value ? Quelles priorités ? Sans consensus du terrain, impossible que cela passe au niveau des politiques. Une concertation préalable doit donc être organisée entre les acteurs RdR dans un premier temps et ensuite avec tout le secteur assuétudes bruxellois. Ce travail est à porter par la FEDITO et la Concertation bruxelloise de RdR.

### **Création d'un argumentaire**

Cet argumentaire doit faire valoir la plus-value de la RdR dans une politique de santé. La dimension « coût de la santé », « coût sociaux » doit être détaillée.

Une collaboration peut être demandée à des institutions de type recherche et observatoire comme :

- L'observatoire du social et de la santé
- Eurotox
- Les bureaux d'études des mutualités.
- Le service d'étude de la Santé Générale au niveau fédéral (KCE),
- Les Ecoles de Santé Publique,
- L'Institut de Santé Publique.

Il faut démontrer clairement en quoi les actions de RdR diminuent le coût des Hépatites, du SIDA, de la Tuberculose, du décrochage scolaire. Il faut également démontrer en quoi des projets de RdR bien construits augmentent la cohésion sociale.

### **Qui approcher**

La FEDITO doit ensuite interpeller le Ministre de la santé et du social de la COCOF qui va demander l'avis du Conseil Consultatif.

FEDITO interpelle ensuite le président du Conseil Consultatif pour un avis d'initiatives.

Le Conseil consultatif doit alors remettre un avis au Ministre.

En ce qui concerne la RdR, les travaux de la commission santé de la COCOF sur ce sujet sont des acquis. Ils donnent une première légitimité à la démarche. Il faut évidemment mobiliser le groupe santé du parlement afin de faire avancer la mise en pratique de ce qui est aujourd'hui de l'ordre de la recommandation.

Il faut également interpeller directement les partis politiques pour qu'ils soutiennent ces options (reconnaissance RdR) en matière de santé dans la déclaration politique de la COCOF ou au bicommunautaire. La FEDITO doit évidemment faire cela mais les différents services existants doivent le faire par ailleurs, en fonction de leurs « entrées » dans le monde politique.

Au vu de la réforme de l'Etat actuelle, il faut sensibiliser un nouvel acteur (le futur OIP) qui va gérer l'arrivée de l'ambulatoire dans la revalidation.

Il faut avoir un bon plaidoyer : pourquoi on fait cela ? Plus de morts de l'Hépatite que d'OD. Il faut faire des liens avec la santé publique.

### **Types de projets à pérenniser :**

Difficile de les définir aujourd'hui. Certains existent déjà et doivent être pérennisés.

En ce qui concerne le financement structurel de projets pilotes, il faut activer un mécanisme qui existe dans le « décret initiatives ». Il faut que la FEDITO interpelle l'administration COCOF sur ces questions.

**Facteurs de réussite**

Avoir un dossier sur les coûts (cohésion sociale, hépatite, décrochage scolaire,...) à présenter aux politiques  
Avoir un référentiel RdR à proposer

**Risques/obstacles**

Secteur toxicomanie fort divisé  
Budget (même gâteau qu'il faut partager en plus de portions)  
Difficulté à transmettre une position claire  
Restriction des budgets suite à la Réforme de l'Etat  
Austérité qui se transfère aux entités fédérées  
Changement de paysage politique  
Changement d'interlocuteurs (COCOM)  
Différents secteurs (social-santé) sont concernés

**Indicateurs**

Existence d'un argumentaire  
Existence d'un Consensus des acteurs de terrain autour de la RdR  
Existence d'un avis du conseil consultatif  
Nombre de contact avec les partis politique autour de l'argumentaire  
Prises de positions positives des partis sur l'argumentaire  
Inscription de la RdR comme mission dans le Décret COCOF  
Financement pérennes de divers projets-pilotes

---

## ACTION N° 12

Prise en compte de la réalité de terrain pour le financement des projets.

*Action qui existe déjà mais à étendre. En lien avec l'objectif opérationnel 15.*

**Public(s) cible(s)**

Le parlement bruxellois, les différents groupes politiques et les administrations concernées

**Public(s) relais**

Les organisations syndicales

La FEDITO bruxelloise

Le secteur Patronat Toxicomanie (FEIAT)

**Opérateurs**

La concertation des acteurs RdR

**Partenaires**

Les organisations syndicales, l'ensemble des acteurs RdR bruxellois

**Lieu(x) et couverture géographique**

Région de Bruxelles-Capitale

**Exemple de ce qui existe déjà**

Les Administrations et Cabinets sont sensibilisés par les acteurs de RdR à leur travail mais au coup par coup et pas de manière commune.

## A développer

### Les aspects concernés sont avant tout

- le travail de nuit, les jours fériés et de week-end, ainsi que le nombre d'heures prestés quotidiennement;
- le **transport d'échantillons** de substances illicites dans le cadre d'actions de testing (transfert vers le laboratoire) ;
- l'outreach (travail dans les milieux de vie des usagers)
- les modalités de **rémunération des jobistes** qui leur garantissent une sécurité juridique (comme par exemple l'anonymat)
- la logique de projet qui, en plus de mettre les travailleurs dans une situation précaire, risque de nuire à la qualité des actions car limitées dans le temps) ;
- les frais de fonctionnement qui ne permettent pas la prise en charge de « frais de projet »
- l'expansion de projet qui se cogne aux limites du calcul du temps de travail en court actuellement dans le décret ambulatorio

Sur le terrain, les acteurs de RdR doivent travailler dans des conditions et selon une réalité qui ne sont pas prévues dans le cadre du Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé du 5 MARS 2009.

### Démarche à suivre

- A court terme : les employeurs doivent rédiger un **règlement de travail** reprenant tous ces aspects, en collaboration avec un avocat spécialisé en droit du travail, afin de pouvoir être entendu par un auditeur du travail sans être sanctionné.

A moyen terme : un groupe de travail, créé via la concertation des acteurs de RdR, réalisera un cadastre précis des éléments repris dans le décret Ambulatorio qui entravent les actions de RdR et qui posent problème (exemple la contrainte des missions qui n'est pas dans une logique de projet ainsi que la notion d'anonymat qui est en opposition avec la constitution de dossiers individuels).

Il constituera un dossier de fond (comprenant également des propositions) et définira une stratégie pour sensibiliser les acteurs politiques à la nécessité d'un amendement du décret et arriver à un cadre légal concordant.

### Pistes à explorer

- Au niveau des heures supplémentaires et des prestations les week-ends et jours fériés

Pour mener des actions dans les lieux de vie des usagers (outreach), les acteurs de RdR doivent s'adapter aux horaires et habitudes de leurs publics. Ainsi, pour le travail de RdR auprès des usagers « festifs », il est indispensable de développer des actions dans les lieux de sorties la nuit, et parfois plusieurs journées et nuits d'affilée dans le cadre de festivals. Les travailleurs sont ainsi amenés à prestre dans des conditions qui ne sont pas en adéquation avec les dispositions du Décret : travail de nuit, nombres quotidien d'heures prestées excédant le nombre prévu.

Contrairement au secteur du soin où ce type de prestations est fréquent, les institutions de RdR ne sont financièrement pas en mesure de payer les heures prestées la nuit ou les jours de week-end, voire les jours fériés. Il serait dès lors nécessaire de prévoir une clause dans le décret permettant aux institutions de RdR de mener leurs actions en restant conforme au Décret.

Dans le décret ambulatorio cependant, il ressort que les institutions de **soins palliatifs** peuvent assurer « ... la continuité des soins et des services ainsi que la surveillance **vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept** » (Art. 26 Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la

famille et de la santé du 5 MARS 2009). Il serait dès lors possible de prévoir ce genre de clause pour les actions de RdR

- Transport d'échantillons de substances illicites dans le cadre d'actions de « testing »

A l'heure actuelle, le transport des échantillons de substances illégales dans le cadre d'activités de testing n'est possible dans des conditions sécurisantes pour les professionnels de RdR que moyennant une conférence de consensus avec les autorités locale (qui sont donc libres d'accepter ou non). Cette matière relève du **niveau de compétences fédéral**.<sup>30</sup>

Il y a ici un lien avec **le besoin de dépénalisation pour la détention de substance**, du moins en ce qui concerne les professionnels en Rdr/toxicomanie.<sup>31</sup>

**Facteurs de réussite**

Reconnaissance de la RdR comme l'un des piliers de la politique drogues.

Adhésion des syndicats

**Risques/obstacles**

Danger de « pathologiser » la toxicomanie

Blocage des syndicats

**Indicateurs**

Mise en place d'une concertation RdR

Création d'un règlement du travail spécifique

Création d'un cadastre

Réaction des administrations et parlementaires au cadastre

Changement du décret

Modalités de rémunération des jobistes assurant une sécurité juridique

---

<sup>30</sup> Cf. action n°8 « *Mise en place d'une politique d'analyse de produits psychotropes...* ».

<sup>31</sup> Cf. action n°9 : « *Actions de plaidoyer sur la dépénalisation, la légalisation et la régulation de l'usage auprès des sphères politiques, actions de sensibilisation auprès des médias...* (Révision de la loi de 1921).



### III. LEXIQUE

FEDITO : Fédération des institutions pour toxicomanes

GLEM : Groupes locaux d'évaluation médicale

HSH : homme ayant des relations homosexuelles

Outreach : de proximité

RAT : réseau d'aide aux toxicomanes

TDI : Treatment demand indicator

UD : usager de drogue(s)

UDI : usager de drogue(s) par voie intraveineuse

A. LES OBJECTIFS IDENTIFIES POUR LE « GROUPE TRANSVERSAL »

Les objectifs du « Groupe Transversal » ont été formulés sur base du diagnostic réalisé préalablement, à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR)<sup>32</sup>, un modèle de Promotion de la Santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse<sup>33</sup>. Nous avons privilégié cet outil car nous souhaitons adopter une approche la plus systémique possible, de façon à tenir compte de l'ensemble des facteurs et déterminants de la santé.

- **Quatre objectifs généraux** pour le milieu de vie « Transversal » ont été identifiés. Ces objectifs visent avant tout l'amélioration de la santé des usagers de drogues licites et illicites, ainsi que la réduction des prises de risques liés à cette consommation. (NB : Ils correspondent à la case D du modèle OCR.)

**Objectif général n°1**

Diminuer les risques de mortalités directs (overdoses) et indirects (VIH/Sida, Hépatites, violences, suicides, problèmes de santé chronique...) liés à l'usage de psychotropes il/licités.

**Objectif général n°2**

Diminuer les risques de dépendances, de lésions somatiques (maladies et risques infectieux...) et les risques psychosociaux liés à l'usage de psychotropes il/licités.

**Objectif général n° 3**

Améliorer la santé au sens large, la qualité de vie et l'insertion sociale des usagers de psychotropes il/licités.

**Objectif général n°4**

*Diminuer la poly consommation et la surconsommation de produits psychotropes il/licités et les risques psychosociaux associés.*

<sup>32</sup> Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian, « Guide pour la catégorisation des résultats », [www.promotionsante.ch](http://www.promotionsante.ch)

<sup>33</sup> Cf. annexe.

- A partir de ces 4 Objectifs généraux, **une dizaine d'Objectifs spécifiques** ont été identifiés. Ils ont été répartis en 5 catégories et se centrent avant tout sur les environnements physiques, sociaux et les comportements des publics-cibles définis (cf. colonne C du modèle OCR en annexe).

#### **i. Aménagement de l'environnement physique (C1)**

##### **Objectif spécifique 1**

Créer des lieux/environnements permettant de réduire les risques liés à la consommation de psychotropes.

#### **ii. Travail sur la disponibilité de matériels/outils favorables à la santé/de RdR (C1)**

##### **Objectif spécifique 2**

Augmenter la disponibilité et l'accessibilité du matériel de réduction des risques (matériel d'information, testing, matériel de consommation...) liés à la sur/consommation de produits psychotropes et de risques sexuels (préservatifs, lubrifiant...).

#### **iii Cadre légal/institutionnel<sup>34</sup>**

##### **Objectif spécifique 3**

Créer un cadre légal et des conditions permettant la mise en place de dispositifs et d'interventions cohérents, pérennes, coordonnés et sécurisants tant pour les consommateurs que pour les professionnels.

##### **Objectif spécifique 4**

Assurer une pérennité aux projets pilotes en place depuis plusieurs années et répondant à des besoins structurels.

#### **iv. Suivi et prise en charge psycho-médicosociale (C2)**

##### **Objectif spécifique 5**

Améliorer la prise en charge et le suivi médico-psycho-social des usagers lorsque cela est nécessaire (entre autres situations de crise et d'urgence...).

##### **Objectif spécifique 6**

Améliorer l'accès au dépistage VIH/HEP<sup>35</sup> des consommateurs de produits psychotropes.

##### **Objectif spécifique 7**

Améliorer le continuum entre la Réduction des Risques et la prise en charge en résidentiel afin d'assurer une meilleure prise en charge des usagers.

<sup>34</sup> Ajout par rapport au modèle de Catégorisation des Résultats

<sup>35</sup> Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus des hépatites (HEP)

## **v. Environnement social (C2)**

### **Objectif spécifique 8**

Améliorer l'insertion sociale des usagers de drogues (statut social, accès au travail, logement, formation...).

### **Objectif spécifique 9**

Renforcer le soutien social et familial des usagers de drogues.

### **Objectif spécifique 10**

Améliorer les représentations sociales négatives véhiculées au sujet des usagers de produits il/licites tant auprès des politiques, que des professionnels spécialisés ou non, de l'entourage, du "grand" public que des usagers eux-mêmes et les considérer comme citoyens à part entière.

## **vi. Travail sur les ressources personnelles et comportements favorables à la santé (C3)**

### **Objectif spécifique 11**

Informier et responsabiliser les usagers par rapport à leur consommation et aux risques socio-sanitaires liés.

### **Objectif spécifique 12**

Améliorer l'autonomie des usagers pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé et de leur bien-être.

- Pour atteindre ces Objectifs spécifiques, **une série d'Objectifs opérationnels** (davantage en lien avec le terrain) ont été définis (*colonne B de l'OCR*). Ils sont également répartis en 6 catégories :

## **i Travail sur l'offre de services et leur accès (B1)**

1. Adapter les pratiques d'intervention de Réductions des Risques aux besoins et à l'état de santé des usagers de produits psychotropes il/licites, et notamment des publics spécifiques particulièrement à risques et élargir la RdR aux mineurs si nécessaire.
2. Renforcer une démarche d'évaluation formative et de suivi constant des projets : adéquation entre actions et besoins des publics...
3. Multiplier et diversifier les opportunités d'entrer en contact avec les usagers (hors et dans milieux de vie).
4. Augmenter l'offre des projets d'économie sociale et d'insertion professionnelle des usagers de drogues.

## **ii. Travail sur les compétences et connaissances des relais, professionnels ou non (B1)**

5. Améliorer les connaissances des relais professionnels sur les nouveaux produits, l'évolution des pratiques de consommation et les prises de risques, en tenant compte des spécificités des différents publics.
6. Mieux faire connaître la Réductions des Risques et les dispositifs existants aux différents acteurs du secteur assuétudés.
7. Faire connaître la Réductions des Risques et les dispositifs existants aux différents publics relais : professionnels issus d'horizons variés (secteurs psycho, médico, sociaux, spécialisé ou non, éducation...), l'entourage/famille des usagers.

8. Promouvoir les échanges d'expériences et de savoir entre institutions, acteurs de terrain et usagers de drogue.

9. Sensibiliser les professionnels non spécialisés en assuétudes, les relais non professionnels, les politiques et le grand public aux vécus et à la réalité sociale des usagers (dé stigmatisation de l'usager).

### **iii. Travail sur les partenariats, échanges et coopération entre acteurs (B2)**

10. Renforcer l'articulation, la concertation et l'échange entre acteurs de Réduction des Risques, acteurs du soin (ambulatoire et résidentiel) et de la prévention.

11. Favoriser l'articulation, la concertation et l'échange du secteur assuétudes (prévention, Réduction des Risques, soins) avec d'autres secteurs (aide à la jeunesse, affaires sociales, logement...).

12. Améliorer la cohérence du dispositif Réduction des Risques à Bruxelles et articuler les différents projets entre eux

13. Développer la concertation entre les entités fédérées d'une part et entre le fédéral et les entités fédérées d'autre part.

### **iv. Travail au niveau des politiques, des textes légaux, réglementations**

14. Mieux faire connaître les principes, les acteurs et les actions de la Réduction des Risques auprès des politiques.

15. Reconnaître la Réduction des Risques comme stratégie de santé à part entière et définir un cadre légal spécifique à la RdR.

16. Diminuer l'impact de la multiplicité des pouvoirs organisateurs et subsidiants sur les interventions de Réduction des Risques et les conditions de travail des intervenants.

17. Assurer la pérennité des programmes et des projets pilotes qui ont fait leurs preuves.

18. Ouvrir un débat sur la dépénalisation, la légalisation et la régulation de l'usage de drogues.

### **v. Travail sur les connaissances, aptitudes et comportements du public cible (B4)**

19. Améliorer les connaissances, savoir-être, savoir-faire des usagers de drogues concernant les risques liés à la consommation de psychotropes et les moyens de les réduire.

20. Améliorer les connaissances des consommateurs de psychotropes sur les dispositifs réduction des Risques existants.

21. Améliorer les connaissances des consommateurs sur les maladies infectieuses et l'importance des dépistages.

### **vi. La participation des publics-cibles (B3)**

22. Développer l'autonomie et la participation des usagers.

## B. LES ACTIONS IDENTIFIEES

A partir de ces objectifs opérationnels, nous avons pointé toute une série **d'actions** (colonne A de l'OCR).

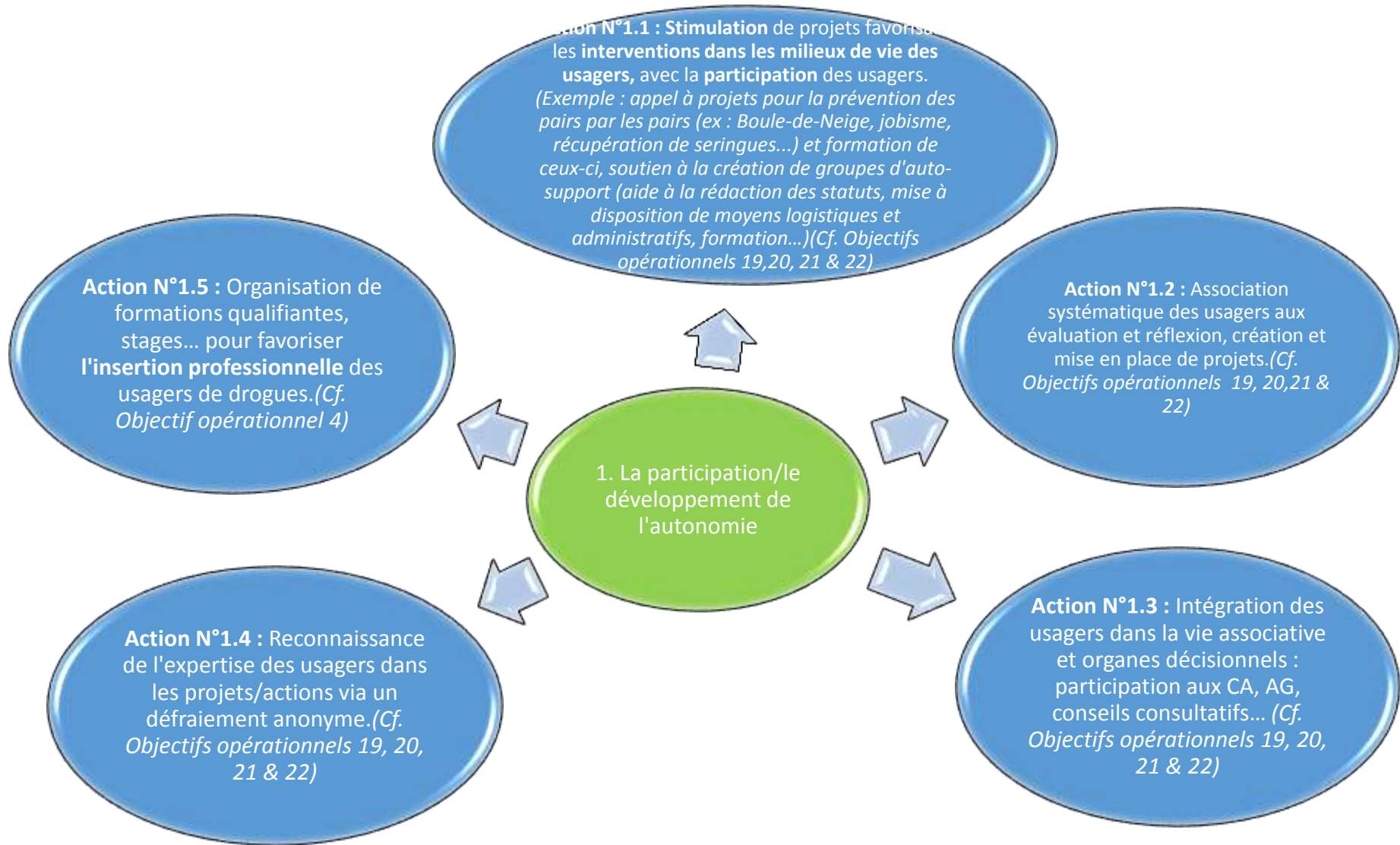
Toutes ces actions, présentées ci-après, ont été soumises à différents acteurs et intervenants<sup>36</sup> afin qu'ils procèdent à une priorisation.

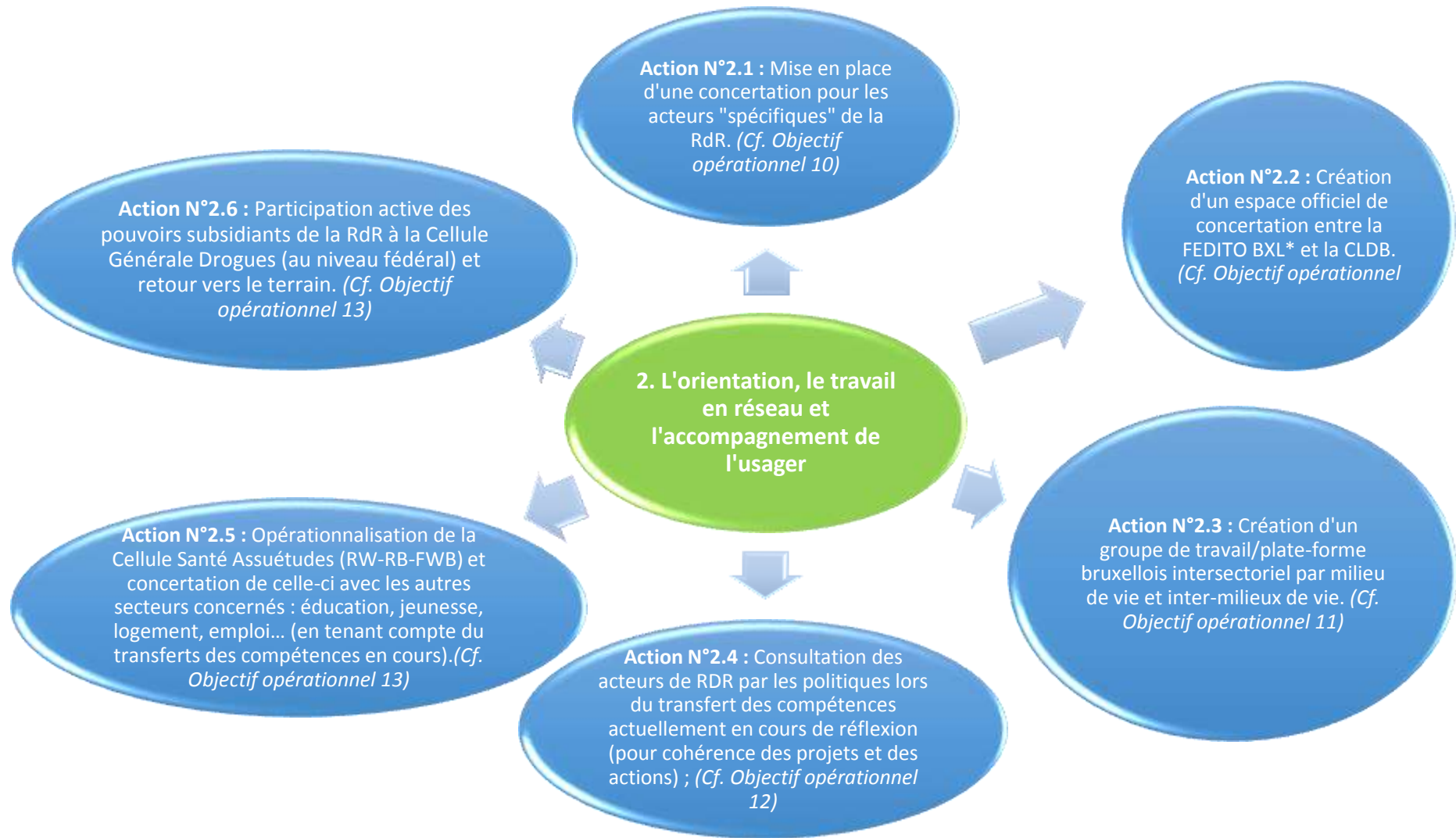
Les actions prioritaires (voir Chapitre II de ce Carnet) ont ensuite été spécifiées le plus possibles lors de groupes de travail. Rappelons, à nouveau, que les actions qui n'ont pas été retenues comme prioritaires ne sont pas à négliger et font partie intégrante du Plan bruxellois de Réduction des Risques lié à l'usage de Drogues.

Remarques : certaines catégories d'actions n'étaient pas pertinentes pour le groupe transversal, ce qui explique le fait que seulement 6 catégories ont été proposées aux acteurs.

---

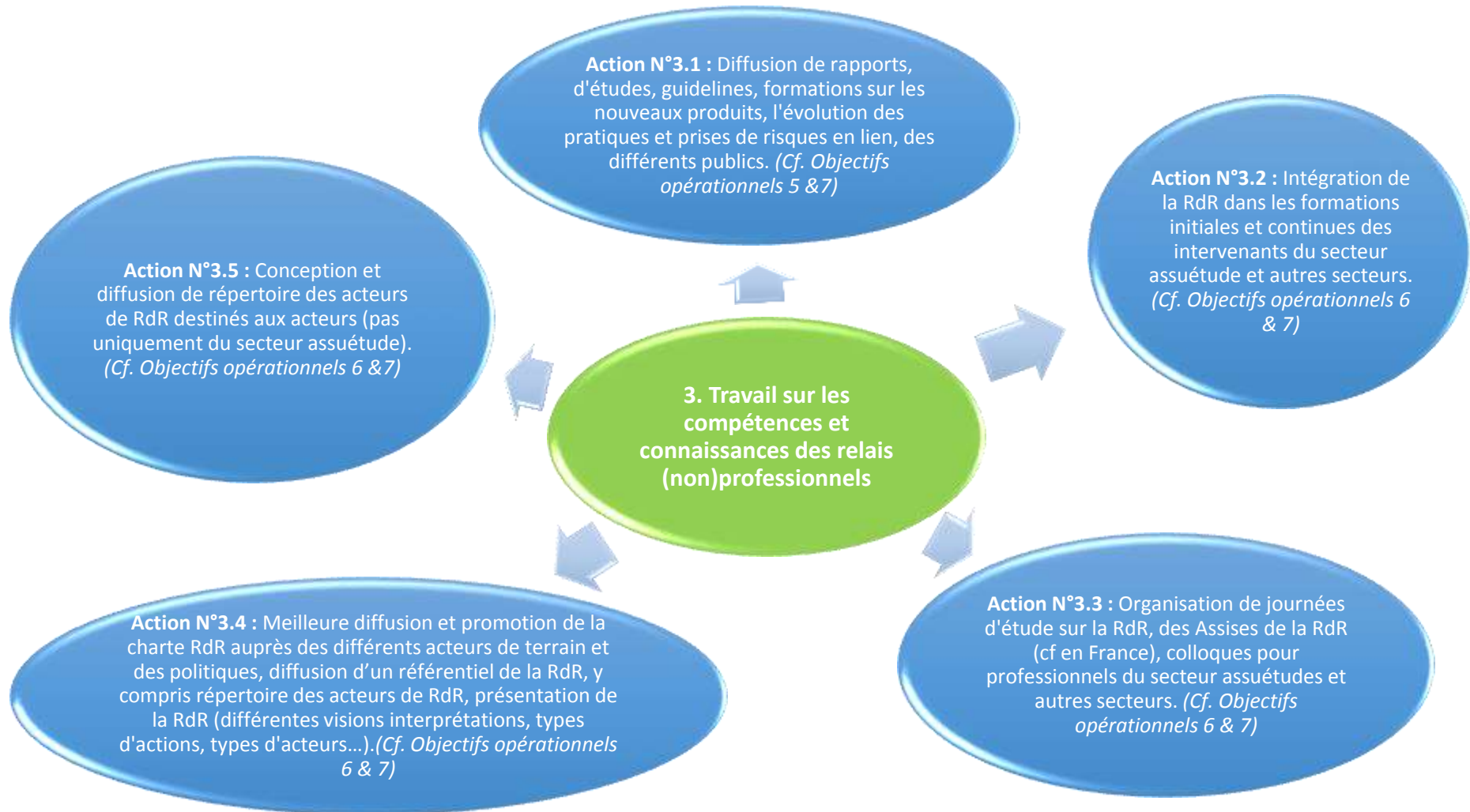
<sup>36</sup> L'ensemble des institutions ayant participé au processus de diagnostic et de planification sont reprises dans le « Carnet 1 : présentation et cadre méthodologique ».





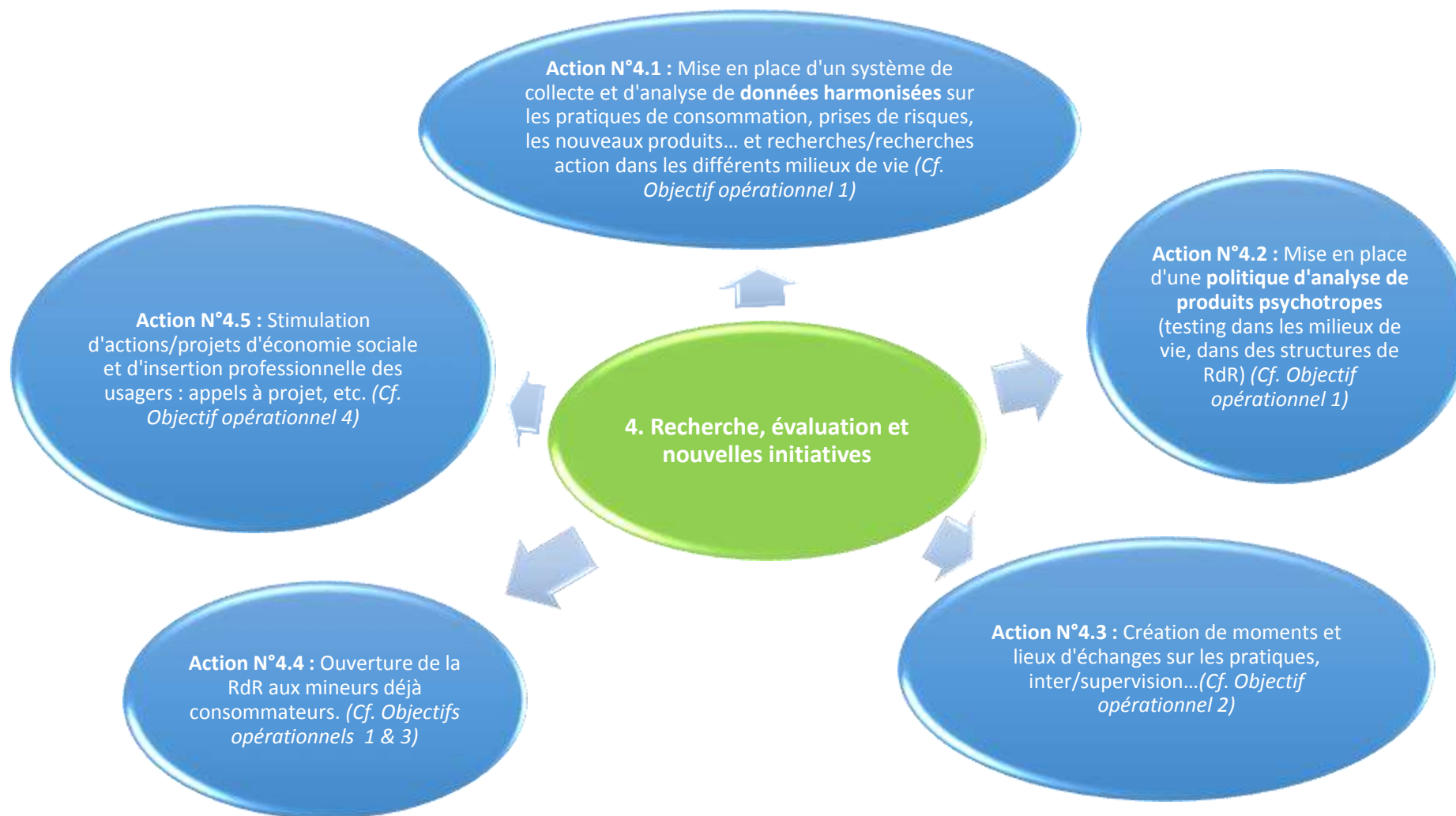


3/ ACTIONS VISANT LE TRAVAIL SUR LES COMPÉTENCES ET LES CONNAISSANCES DES RELAIS (NON) PROFESSIONNELS



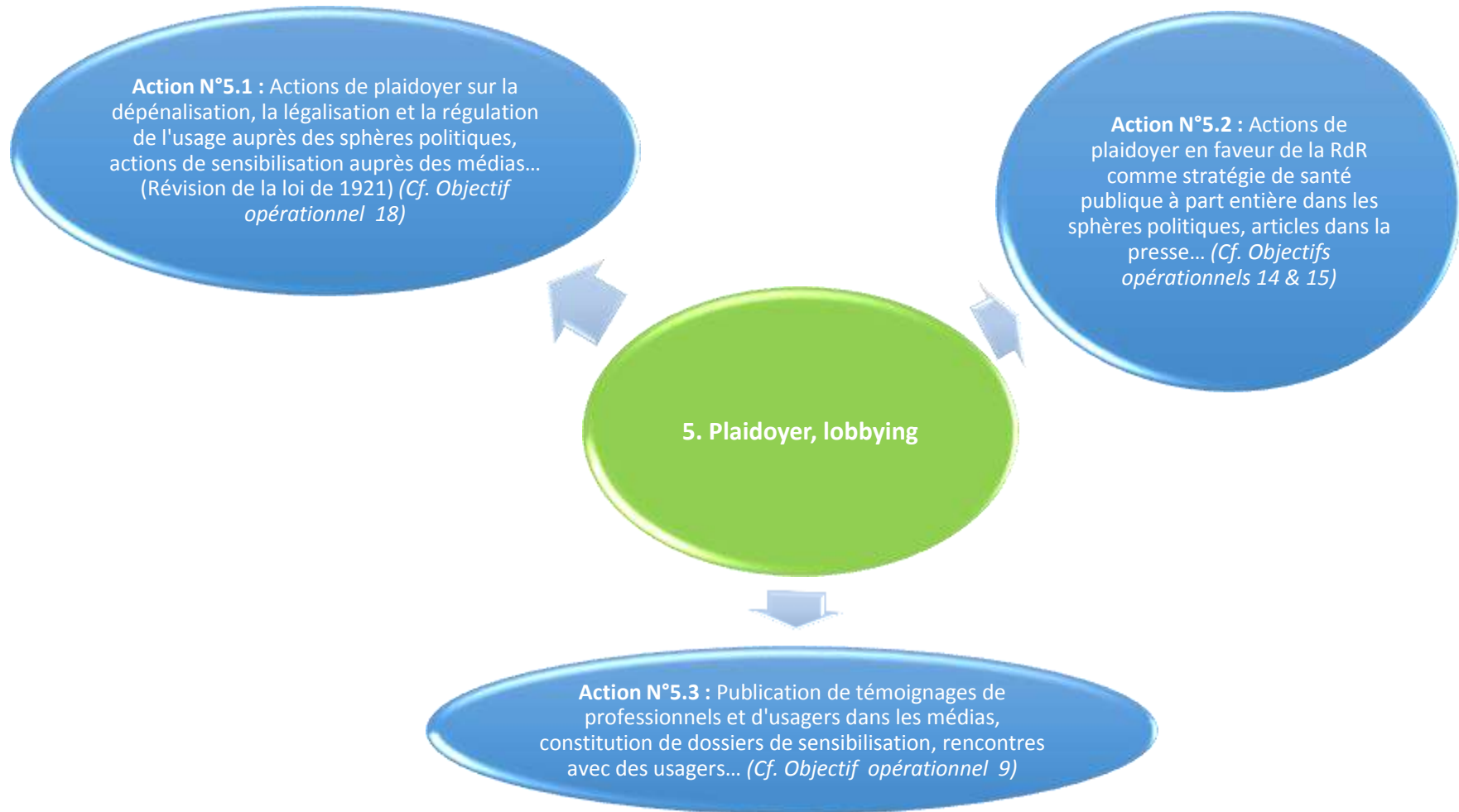
---

4/ ACTIONS VISANT LA RECHERCHE, L'ÉVALUATION ET LES NOUVELLES INITIATIVES

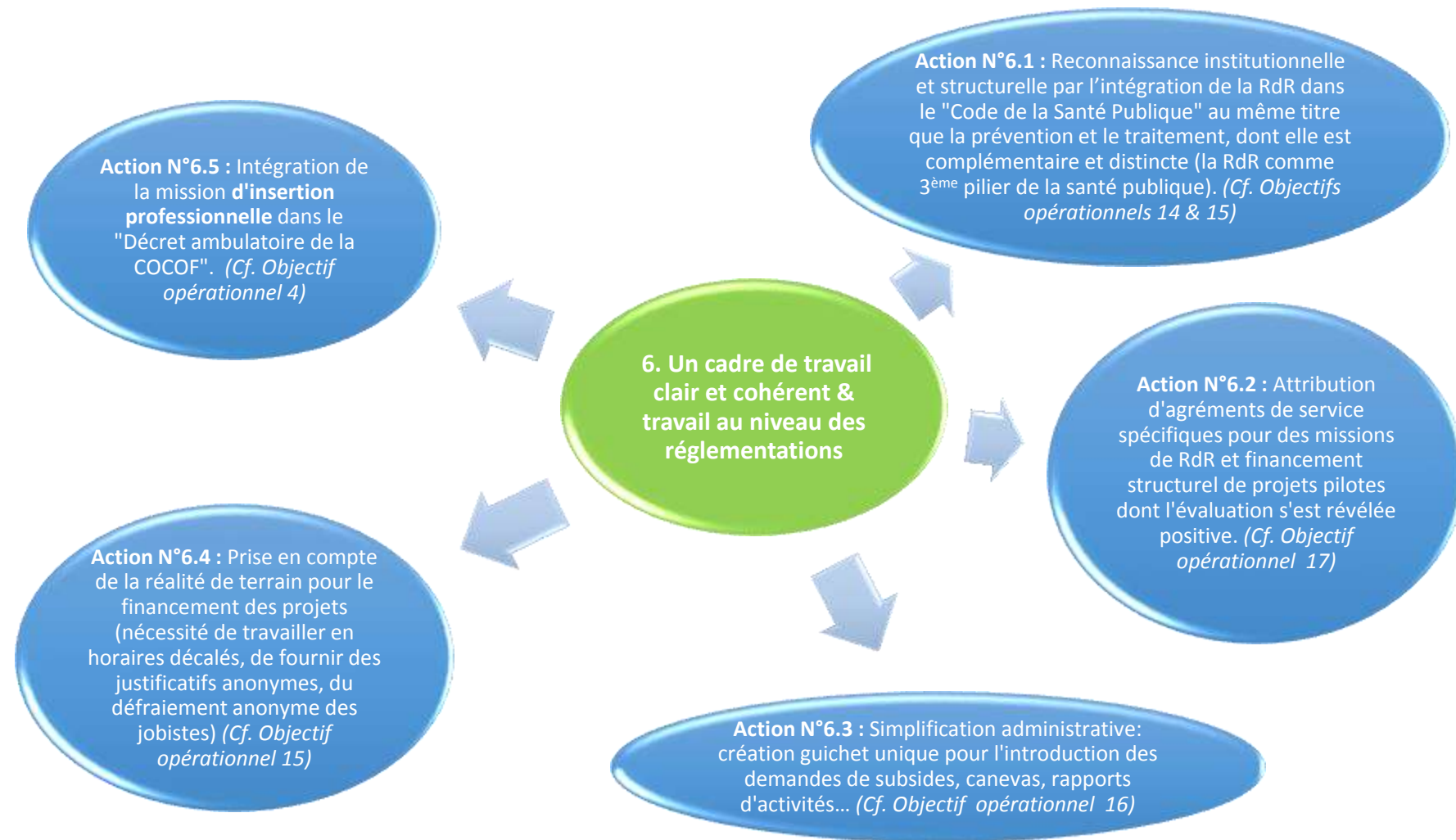


---

5/ ACTIONS VISANT LE PLAIDOYER, LE LOBBYING



6/ ACTIONS VISANT UN CADRE DE TRAVAIL CLAIR, COHÉRENT ET UN TRAVAIL AU NIVEAU DES RÉGLEMENTATIONS



C. L'OUTIL DE CATÉGORISATION DES RÉSULTATS (OCR)

## Les sous-catégories



Auteur(s): Cloetta, Bernhard; Spencer, Branda; Ackermann, Göter; Broesekamp-Stone, Urset; Fluckstuhl, Brigitte; Spöri-Fahmi, Adrian  
 © Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: [www.promotionsanta.ch](http://www.promotionsanta.ch)