



Avec le soutien de la
Commission communautaire
française

R

D

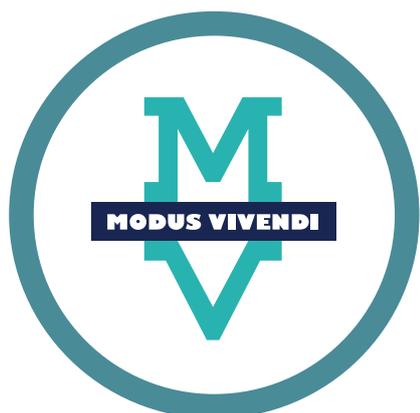
R

U

D

PLAN BRUXELLOIS DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES
CARNET 9 | RÉSUMÉ ET ENSEMBLE
DES ACTIONS PRIORITAIRES

CATHERINE VAN HUYCK
CÉCILE BÉDUWÉ
LAURENCE NOËL
FRANÇOIS BAUFAY



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

CARNET 9 | RÉSUMÉ ET ENSEMBLE DES ACTIONS PRIORITAIRES



Introduction

4



Présentation du projet

5



Cadre méthodologique

1. Les milieux de vie
2. La consultation des acteurs
3. Choix d'un outil méthodologique
4. Accompagnement méthodologique
5. Biais méthodologiques

6

6

6

6

7

7



ÉTAPE 1 : le diagnostic

1. Articulation du diagnostic
2. Présentation du diagnostic
 - a. Diagnostic qualitatif sur les dispositifs de RdR liés à l'usage de drogues à Bruxelles
 - b. Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale
 - c. Milieu de vie sportif : étude exploratoire

8

8

9

9

10

11



ÉTAPE 2 : la planification (le Plan)

12

1. Une définition d'objectifs et d'actions par milieu de vie 12
 - a. Des objectifs généraux, spécifiques et opérationnels 12
 - b. Des actions spécifiques 13
2. Priorisation et développement des actions en concertation avec les intervenants 13
3. Présentation des actions prioritaires 14
 1. Accès à l'information 14
 2. Accès aux outils/actions de RdR 15
 3. Meilleur accès aux traitements et au dépistage 15
 4. Prévention de proximité (outreach) 16
 5. Participation/prévention par les pairs 16
 6. Actions liées à un environnement et des lieux favorables à la santé 16
 7. Actions liées à l'orientation, au travail en réseau et à l'accompagnement de l'utilisateur de drogues 17
 8. Travail sur les compétences et connaissances des relais (non) professionnels 18
 9. Recherche, évaluation et nouvelles initiatives 18
 10. Actions de plaidoyer, lobbying 19
 11. Travail au niveau des réglementations 19



Bibliographie (phase exploratoire)

20



Annexes

23

1. L'outil de catégorisation des résultats (OCR) 23
2. Les membres du comité scientifique 24
3. Acteurs ayant contribué à l'élaboration du Plan bruxellois de RdR liés à l'usage de drogues (Étape 1 et Étape2) 24



Remerciements

La réalisation de ce Plan n'aurait pas été possible sans l'implication d'un grand nombre d'acteurs. Nous remercions les membres du comité scientifique¹ qui nous ont éclairés par leur questionnement et encouragés par leur intérêt dans ce projet. Nous tenons à souligner tout particulièrement le soutien de l'équipe d'Eurotox qui nous accompagnés tout au long de ce processus.

Nos remerciements vont également à l'ensemble des intervenants qui ont accepté de «jouer le jeu» et qui ont consacré un temps précieux à élaborer des actions les plus concrètes possible ainsi que toutes les personnes qui ont répondu à nos questions lors de la phase de diagnostic².

Toute notre reconnaissance va également à la FEDITO bruxelloise et à la CLDB qui ont soutenu ce projet. Nous remercions particulièrement tous les usagers qui ont participé et qui nous ont livré leur vision de la Réduction des Risques. Enfin, nous voudrions également exprimer notre gratitude à l'ensemble de l'équipe de Modus Vivendi pour la solidarité dont elle a fait preuve.



Introduction



Ce 9^{ème} Carnet constitue un «résumé» de l'ensemble du Plan bruxellois de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues.

Pour des informations plus précises sur la méthodologie, les éléments du diagnostic et une description détaillée des actions prioritaires à mener (et de manière plus partielle des actions non prioritaires), nous vous invitons à vous référer aux différents Carnets, à savoir :

- Carnet 1.** Présentation et cadre méthodologique
- Carnet 2.** Diagnostic qualitatif sur les dispositifs de RdR liés à l'usage de drogues à Bruxelles
- Carnet 3.** Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale
- Carnet 4.** Milieu de vie «soin-rue» : actions prioritaires à mener
- Carnet 5.** Milieu de vie «festif» : actions prioritaires à mener
- Carnet 6.** Milieu de vie «carcéral» : actions prioritaires à mener
- Carnet 7.** Milieu de vie «sportif» : étude exploratoire
- Carnet 8.** Groupe «transversal» aux différents milieux de vie : actions prioritaires à mener
- Carnet 9.** Résumé et ensemble des actions prioritaires (le présent Carnet)

1 La liste des membres du comité scientifique se trouve en annexe.

2 La liste des institutions qui ont participé à l'élaboration du Plan se trouve également en annexe.



Présentation du projet



Le projet de Plan bruxellois de Réduction des Risques (RdR) liés à l'usage de drogues, commandité par la **Ministre de la Santé de la Commission communautaire française**, vise à faire un état des lieux du contexte de la RdR à Bruxelles et à proposer un Plan formulé par les acteurs à partir de cet état des lieux (dit diagnostic). Ce Plan porte spécifiquement sur plusieurs milieux de vie : la rue, les institutions de soins, les milieux carcéral, festif, sportif et enfin un groupe dit transversal¹.

Les porteurs du projet sont :

- la **FEDITO**, la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes, organe coupole représentative du tissu bruxellois des services, associations et réseaux actifs en matière de toxicomanie ;
- la **CLDB**, la Coordination Locale Drogues Bruxelles, qui rassemble les services communaux bruxellois d'aide aux usagers de drogues ;
- l'asbl **Modus Vivendi**, en tant qu'acteur de liaison RdR sur Bruxelles et qu'opérateur méthodologique.

Initialement une partie du travail était déléguée à Modus Vivendi en tant qu'opérateur méthodologique. Des remaniements internes afin de faciliter le cadre de travail ont été apportés de manière à ce que Modus soit l'opérateur principal du plan, soutenu par la FEDITO et la CLDB.

Le projet se compose de deux grandes étapes :

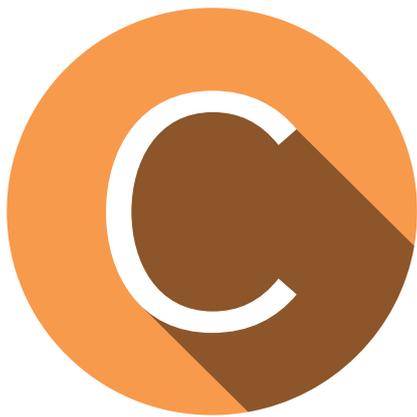
- la première vise à **établir un diagnostic** ;
- la seconde vise à **formuler un Plan de RdR bruxellois** (phase de planification).

Quatre objectifs généraux sont visés :

1. identification des acteurs ;
2. identification des besoins non couverts ;
3. hiérarchisation des actions à mener ;
4. renforcement de la cohérence des actions menées par la création d'un plan régional.

La première étape concerne principalement les deux premiers objectifs tandis que la seconde se focalise sur les deux derniers objectifs. Cette ultime étape se compose de diverses concertations afin d'établir un Plan de RdR bruxellois qui puisse être porté par les acteurs concernés.

.....
3 Le groupe transversal a été identifié a posteriori.



Cadre méthodologique



1. Les milieux de vie

L'approche par milieu de vie a été choisie dès le départ puisqu'elle est traditionnellement utilisée en santé publique et dans le domaine de la promotion de la santé. C'est aussi par souci de cohérence et de continuité avec le Plan de Prévention et de Réduction des Risques en matière de drogues, en Fédération Wallonie-Bruxelles, qui a adopté une méthodologie participative basée sur ce type d'approche⁴.

2. La consultation des acteurs

La consultation des acteurs (qu'il s'agisse des intervenants professionnels, des usagers ou des acteurs politiques ou membres d'administration) est apparue comme incontournable pour l'élaboration d'un diagnostic et d'une planification proches des réalités du terrain et qui rencontrent leurs préoccupations et priorités.

Cette consultation a pu être mise en place via des rencontres lors de la phase exploratoire du projet, des entretiens tant collectifs qu'individuels et des questionnaires soumis pour l'élaboration du diagnostic (Étape 1) et lors de groupes de travail pour la planification – avec une consultation préalable sur base de documents proposés – (Étape 2).

3. Choix d'un outil méthodologique

Suite à la revue de la littérature, un outil de promotion de la santé a été choisi : l'Outil de Catégorisation des Résultats⁵ (OCR, voir Annexe), un modèle utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse. Cet outil a été privilégié 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'OCR présentait en outre l'avantage de pouvoir réaliser à la fois une analyse de situation, une évaluation et une planification d'interventions.

4 Eurotox (2012), Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues, Fédération Wallonie-Bruxelles.

5 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 (les sous-catégories du modèle sont présentées en annexe).

4. Accompagnement méthodologique

Un comité scientifique, composé de chercheurs, de responsables de projets, de profils académiques soit connaisseurs du secteur toxicomanie et RdR, soit rompus à diverses méthodes de recherche qualitatives, participatives mais également quantitatives, a été constitué afin de veiller à l'élaboration d'un diagnostic le plus complet possible eu égard aux aspects socio- sanitaires et d'ajuster les méthodes utilisées au fil du projet. Celui-ci a été réuni à deux reprises. Ses membres ont en outre été consultés de manière individuelle et ponctuelle en fonction des besoins.

5. Biais méthodologiques

Plusieurs biais et limites sont apparus :

- le temps imparti au projet dans la première phase relativement restreint eu égard à l'ampleur du cadre ;
- la variabilité et la complexité au sein de la RdR : des trajectoires d'usagers, des actions RdR, des points de vue des responsables ;
- la sélection de l'échantillon d'intervenants, qui donne, *a fortiori*, tout comme les milieux de vie, une image partielle de la RdR ;
- le manque de données chiffrées qui rend plus difficile l'objectivation, la réflexion quant à la construction future d'indicateurs par les acteurs et les autorités publiques ;
- l'absence d'un cadre normatif légal de référence, la multiplicité des compétences et interlocuteurs politico-institutionnels et la multiplicité des instruments existants dont certains ont force légale, d'autres n'étant que déclaratifs ;
- le mouvement ambiant de régionalisation ;
- la présélection éventuelle d'usagers par les intervenants.



ÉTAPE 1 : le diagnostic



1. ARTICULATION DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic a été réalisé en 3 phases :

- 1) **une phase exploratoire** : examen de la littérature grise et blanche existante, échanges informels avec des chercheurs d'universités et entretiens informels (non retranscrits) réalisés avec trois types d'acteurs⁶ afin de préparer la récolte de données (phase terrain), journées d'observation en institutions ;
- 2) **une phase de terrain (recueil de matériel empirique)** : rencontres de nombreux intervenants⁷ bruxellois en assuétude/RdR, d'usagers consommateurs de drogues, plusieurs responsables politiques et/ou membres d'administrations (entretiens, questionnaires, observations directes, focus groupes) ;
- 3) **une phase d'analyse** : classement des informations des questionnaires, découpage et analyse des entretiens et focus groupes, analyse de contenu/thématique ainsi qu'une analyse transversale aux différents thèmes et milieux de vie étudiés.

Remarque : suite à la phase exploratoire, un dispositif méthodologique a été redéfini pour le diagnostic. Il est en effet apparu que les cinq milieux de vie proposés constituaient bien un point de départ mais offraient une vue plus partielle de la RdR liée à l'usage de drogues à Bruxelles. L'approche par milieu de vie a dès lors été mise en œuvre à la fin de la phase 1 afin de classifier les informations recueillies de façon à préparer la phase 2, dite de planification.

6 Responsables politiques et membres d'administrations, intervenants professionnels et experts, usagers consommateurs de drogues.

7 Critères de sélection des intervenants : distribution géographique sur l'agglomération, utilisation d'outils RdR, approches RdR strictes ou combinées et diversifiées, diversité des types d'activités principales, diversité des pouvoirs organisateurs subsidiaires.

2. PRÉSENTATION DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic est présenté en 3 Carnets (Carnets 2, 3 et 7).

a. Carnet 2 : «Diagnostic qualitatif sur les dispositifs de RdR liés à l'usage de drogues à Bruxelles»

Cette partie porte sur la manière de dire et de faire la Réduction des Risques.

› DES OUTILS ET ACTIONS À LA BASE DE LA RDR

Il existe une **prolifération des définitions** de la RdR. En partant de ce que les acteurs font concrètement comme étant des actions/outils de RdR, nous avons alors constaté que La RdR se déploie presque toujours, idéalement, selon les intervenants, **via plusieurs actions**, des actions **qui s'enchaînent**. La RdR apparaît comme composée d'outils (qui semblent encore peu communément partagés en tant que «référentiel» par l'ensemble des structures ou par des professionnels appartenant à la même structure) et de relations. Pour être optimale, la RdR se baserait sur les deux.

› LES ACTEURS

Nous observons tout d'abord une **multiplication des types d'acteurs** de RdR (fonctions, types de services...) mais aussi une **multiplication des pratiques et dispositifs de ce type à Bruxelles**. Ce qui amène une grande richesse dans les interventions.

Les différents protagonistes autour de la RdR peuvent se décliner en trois types d'acteurs :

- des usagers consommateurs (familiarisés ou non à la RdR),
- des professionnels intervenants (professionnels de terrain à plusieurs niveaux d'intervention⁸),
- des membres d'administrations et responsables politiques (directement ou indirectement concernés par la RdR).

De nombreux autres acteurs sont également directement concernés par la RdR : l'entourage familial, le réseau social de l'individu, les jobistes, les bénévoles, des acteurs privés (détenteurs de lieux, pharmaciens...), d'autres acteurs publics (détenteurs de lieux, de données, d'autorisations, d'autres compétences...), des fonctionnaires (police, professeurs, administrations...).

Les acteurs de RdR sont soit des acteurs **volontaires** (qui connaissent, se revendiquent et se reconnaissent dans la RdR), soit des acteurs **involontaires** (qui ont d'autres missions principales, connaissent peu la RdR, ne connaissent pas, en font malgré eux, en font sans le savoir...).

Nous nous sommes donc basés sur le choix que les acteurs directement et indirectement concernés doivent justement opérer de manière consensuelle. Les intervenants sont des acteurs incontournables, ils représentent le levier de la RdR. Mais à ce jour, faute de clarté des définitions idéologique et pratique, il s'agit plus d'une «nébuleuse».

Dans un contexte concurrentiel où le champ d'action est à la fois fermé et ouvert et qui ne dispose pas encore d'un référentiel commun et consensuel, il est très difficile de délimiter qui sont véritablement les acteurs concernés par la Réduction des Risques.

Nous avons observé également que les coordinations informelles sont plus installées, plus habituelles, fortes et solides que les coordinations formelles et institutionnelles.

.....
8 Première ligne, deuxième ligne...

› LA RDR

Dans la réalité des dispositifs, **il est actuellement difficile de définir un champ propre de reconnaissance de la RdR** alors qu'il s'agit d'une revendication des acteurs qui s'en réclament⁹. Cette reconnaissance ne doit pas se faire uniquement dans le champ de la santé mais aussi dans celui du social afin d'éviter l'écueil d'une RdR trop hygiéniste.

La RdR s'applique à tout le parcours de l'utilisateur. Les usagers, tous les usagers, restent les premiers acteurs concernés par la RdR.

Les «populations» concernées par les dispositifs de RdR peuvent tout aussi bien se situer dans la population générale et globale que dans un état de vulnérabilité et de précarité extrême.

› POUR RENFORCER LA COHÉRENCE

Plusieurs pistes se dégagent :

- avoir une définition commune de la RdR ;
- diminuer la distance entre les principes d'interventions, les valeurs et les actions de terrain ;
- choisir un cadre de référence unique qu'il soit européen, régional, national... ;
- être vigilant à la nécessité de combiner des actions globales/généralistes et spécifiques ;
- de manière générale, combiner spécialisation et approche générale, et RdR au sens large.

En bref, le principal clivage, se transformant en enjeu, réside dans l'évolution de la RdR vers :

- un sens restreint menant à une RdR sanitaire ;
- un sens large menant à une RdR plus sociale ou socio-sanitaire (en allant plus vers l'outreach par exemple).

Sont en jeu les conceptions de l'utilisateur et de son droit d'accès, ainsi que les conceptions des actions de RdR. Il s'agit de trouver une place pour la RdR qui convienne à tous.

b. **Carnet 3 : «Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale»**

Le Carnet 3 rassemble, analyse et commente l'ensemble des données disponibles pour Bruxelles. Ceci nécessite un travail spécifique d'extraction et d'analyse afin de pouvoir les présenter de manière plus accessible en épinglant spécifiquement la Région de Bruxelles-Capitale.

Ce Carnet comprend des données épidémiologiques de prévalence telles que :

- les données de l'enquête de santé par interview (HIS 2008) ;
- la mortalité en rapport avec la consommation de drogues ;
- les données issues de l'enquête de santé auprès des jeunes de 12-20 ans (HBSC 2010) ;
- la demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanie : données issues de l'indicateur de demande de traitement (TDI 2006-2011) ;
- l'analyse des données récoltées dans le cadre du Résumé Psychiatrique Minimum (2005-2010) ;
- le recours aux services d'urgence chez les usagers de drogues ;
- l'analyse des données récoltées en Région de Bruxelles-Capitale en 2006 et 2008 dans le cadre de l'enquête sur l'usage de drogues dans les prisons belges...

9 Cf. les recommandations des «Stratégies concertées de prévention et de réduction des

risques en matière de drogues», Fédération Wallonie-Bruxelles (Eurotox, 2011-2012).

D'autre part, des données issues des actions de prévention et de RdR ont également été analysées :

- les Opérations Boule de Neige à Bruxelles (2009-2012) ;
- les données récoltées de 2005 à 2011 en Région de Bruxelles-Capitale dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins (Modus Vivendi) ;
- ...

c. **Carnet 7 : «Milieu de vie sportif : étude exploratoire»**

Il a été nécessaire de «traiter» ce milieu de manière spécifique puisque, dès la phase exploratoire, il s'est révélé impossible de recueillir des données tel qu'envisagé pour les autres milieux¹⁰. Il a donc été décidé de réaliser une note «exploratoire» visant à classifier les divers acteurs et pointer des pistes à creuser.

Les risques sont multiples et liés tant aux produits (les listes et types de produits sont présentées dans le carnet) qu'aux modes de consommation. Par exemple, l'Institut National de la Santé et de l'Excellence Thérapeutique britannique partant du constat que 70.000 personnes seraient susceptibles de s'injecter des stéroïdes anabolisants dans les salles de musculation d'Angleterre, recommande de mettre des seringues à disposition pour éviter les risques de transmission du VIH et des hépatites.

Le tout à la prohibition des drogues et du dopage a effectivement démontré ses limites. Plutôt qu'une solution, il a été la cause originelle de mises à distance voire d'exclusions des usagers. Cela n'a toutefois jamais amené à l'éradication de pratiques foncièrement à risques. Cela a donc d'autant plus mis en danger les personnes recourant à l'usage de drogues et de produits ou de pratiques dopants.

Il est en effet essentiel de pouvoir mieux connaître le sens des pratiques de dopage et les contextes dans lesquels il y est fait recours. Il n'y a pas d'acteurs de RdR identifiés mais on compte de nombreux acteurs spécifiques à ce milieu tant au niveau des décideurs que des intervenants (les fédérations olympiques, les différents comités sportifs, les administrations, les entraîneurs, les profs de gym, les diététiciens, etc.).

Pour approcher le phénomène, il ne faut pas uniquement s'intéresser au sport de haut niveau et aux compétitions mais également aux sports amateurs.

Une recherche ferait clairement partie intégrante des premières stratégies de Réduction des Risques à mettre en place dans ce milieu, même s'il s'agira forcément d'aller très rapidement vers l'implémentation de projets concrets, proches des usagers et de leurs pratiques.

Il est nécessaire de pouvoir mener une recherche d'ampleur sur les pratiques de dopage, alliant analyses statistiques et épidémiologiques (avec la difficulté du manque de données) avec une approche anthropologique, proche des sportifs pratiquant le dopage, au contact-même de leurs pratiques et de leurs usages.

Il est en effet essentiel de pouvoir mieux connaître le sens des pratiques de dopage et les contextes de consommation. On pourrait associer à cette recherche des applications pratiques, dans le sens d'une recherche-action visant à développer ces stratégies de Réduction des Risques et idéalement à les évaluer pour les profiler au mieux.

.....
10 Acteurs disparates et difficiles à identifier d'une part et aucune action de RdR ni même de

prévention mise en place d'autre part (uniquement des actions répressives).



ÉTAPE 2 : la planification (le Plan)



Au terme de la phase d'analyse, dans une perspective et une logique de planification par milieu de vie, nous avons alors procédé au classement des différents éléments du diagnostic qualitatif¹¹, de la revue de la littérature et du diagnostic quantitatif¹² selon le modèle de l'Outil de Catégorisation des Résultats (cf. supra : Choix d'un outil méthodologique) par milieu de vie étudié.

La planification a ainsi porté sur quatre milieux/groupes :

- le milieu soin-rue (lors de la phase exploratoire, il s'est avéré pertinent de grouper les milieux de vie «soin» et «rue» en un seul) ;
- le milieu festif ;
- le milieu carcéral ;
- le groupe transversal (ce groupe a été défini au terme de la phase exploratoire parce que certains éléments des diagnostics concernaient tous les milieux de vie).

Remarque : Comme nous l'avons déjà vu, le milieu sportif a été traité de manière exploratoire.

L'étape dite de planification avait pour objectif ultime l'identification d'actions prioritaires à mener à Bruxelles, que celles-ci soient déjà existantes ou à créer.

1. UNE DÉFINITION D'OBJECTIFS ET D'ACTIONS PAR MILIEU DE VIE

a. Des objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

A partir du classement des données selon l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR), ont été identifiés :

- des objectifs généraux,
- des objectifs spécifiques,
- ainsi que des objectifs opérationnels.

Remarque : tous les objectifs sont présentés dans les carnets correspondant à chaque milieu de vie.

11 Carnet sur le diagnostic qualitatif de la RdR à Bruxelles.

12 Carnet sur le diagnostic épidémiologique de l'usage de drogues et des risques liés à Bruxelles.

b. Des actions spécifiques

Une cinquantaine d'actions par milieu de vie ont été définies afin de remplir les objectifs opérationnels, toujours en se basant sur les éléments du diagnostic. Ces actions sont soit déjà en place, et à maintenir, voire à étendre ou à développer, soit à créer «de toute pièce».

Ces actions ont été réparties en une dizaine de catégories¹³ :

- Accès à l'information
- Accès aux outils et actions de RdR
- Accès aux traitements et au dépistage
- Actions de proximité (outreach)
- Participation (prévention par les pairs)
- Actions liées à un environnement et des lieux favorables à la santé
- Orientation, travail en réseau et accompagnement de l'utilisateur
- Travail sur les compétences et connaissances des relais (non) professionnels
- Recherche, évaluation, nouvelles initiatives
- Actions de plaidoyer, lobbying
- Travail au niveau des réglementations

2. PRIORISATION ET DÉVELOPPEMENT DES ACTIONS EN CONCERTATION AVEC LES INTERVENANTS

Ces actions ont été soumises à plus de 80 intervenants qui ont participé à un processus de priorisation qui leur a été proposé. Ceux-ci étaient invités à sélectionner deux actions par catégorie leur semblant les plus importantes (important ne signifiant pas ici nécessairement urgent) et les plus «réalisables», dans le sens que l'on peut concrètement mettre en œuvre à court ou à plus long terme, soit une vingtaine d'actions.

Les actions qui ont obtenu le plus de votes par catégorie ont été retenues comme prioritaires. Les ex aequo ont également été retenus. Ainsi, par milieu de vie, ce sont entre 14 et 16 actions qui ont été identifiées comme prioritaires par les intervenants. **Soit au total, 61 actions tous milieux confondus** (excepté le milieu sportif pour les raisons déjà évoquées).

Ces intervenants ont par ailleurs été invités à participer à des groupes de travail par milieu de vie – en novembre et décembre 2013 – afin de développer des pistes pour l'opérationnalisation des actions prioritaires. Certaines actions ont été reformulées. L'idée sous-jacente étant que le Plan devait aussi pouvoir être un outil utilisable par les acteurs de terrain en les aidant non seulement à (ré)orienter leurs actions mais également à les mettre en œuvre et à faciliter leurs processus d'évaluation via la définition d'indicateurs.

Pour chaque action, les participants aux groupes de travail étaient invités à développer l'action en en spécifiant de manière la plus précise qui soit :

- l'opérateur : quel(s) type(s) d'intervenants 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 : publics intermédiaires à toucher pour atteindre le public cible ;

.....
13 Ces catégories ont été définies à partir de la classification d'actions qui a émergé du diagnostic qualitatif et à partir du modèle OCR (colonne A).

- 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 de l'action ;
- des indicateurs (quantitatifs ou qualitatifs) qui permettront d'évaluer la réalisation de l'action et de ses objectifs.

Au total, plus de 60 intervenants ont pris part à ces groupes de travail.

Par la suite, dans une perspective de validation, la mise au net de ce qui a été fait en groupes de travail a été communiquée aux participants afin qu'ils puissent réagir, compléter ces productions.

La démarche méthodologique, quant à elle, est développée dans le «Carnet n°1. Présentation et cadre méthodologique». Nous énumérons ci-après les actions prioritaires ainsi que les pistes concrètes pour les mettre en œuvre sur le terrain par axes de travail.

3. PRÉSENTATION DES ACTIONS PRIORITAIRES

Nous présentons ci-dessous l'ensemble des actions retenues comme prioritaires, par milieu de vie et par catégorie. Certaines catégories ne se révélaient pas pertinentes pour tous les milieux de vie (exemple : le groupe «transversal»), dans certains cas, nous avons même dû fusionner plusieurs catégories (exemple : les catégories «plaidoyer, lobbying» et «réglementations» pour le milieu carcéral).

Le développement précis de ces actions est présenté dans les Carnets par milieu de vie.

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 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. La liste des actions non retenues comme prioritaires est présentée dans les différents carnets, par milieu de vie.

1. Accès à l'information

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n° 1 Création et diffusion d'outils d'information et de sensibilisation à la RdR notamment adaptés aux populations migrantes peu en contact avec le dispositif RdR existant (originaires des pays de l'Est, du Maghreb).</p>	<p>Action n° 1 Création et diffusion de messages objectifs et non moralisateurs de RdR dans les lieux festifs bruxellois via des modes de communication alternatifs (nouveaux médias, nouveaux modes de communication, adaptés à la diversité des lieux festifs et à la diversité des publics (c-à-d visant les publics festifs jeunes, étudiants, HSH...)).</p>	<p>Action n° 1 Développement d'actions (groupes de parole, ateliers, animations, prévention des pairs par les pairs) et de matériel d'information non stigmatisant pour les usagers de drogues.</p>	

2. Accès aux outils/actions de RdR

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n° 2 Sensibilisation des centres de soin, des comptoirs d'échange de seringues, des services sociaux, des hôpitaux, des services de santé mentale, des médecins généralistes pour la diffusion du (nouveau) matériel de RdR auprès des usagers de drogues qu'ils rencontrent et la mise à disposition du matériel de RdR et d'outils démedicalisés (auto-test, Naloxone...).</p> <p>Action n° 3 Renforcement du Dispositif d'accès au matériel d'injection (DAMSI) : augmentation de la couverture horaire et géographique des comptoirs d'échange de seringues et financements adéquats (personnel, matériel, fonctionnement), en consultant les usagers sur leurs besoins.</p>	<p>Action n° 2 Développement du testing en lieu fixe et en milieu festif et diffusion des messages d'alerte précoce.</p> <p>Action n° 3 Développement d'actions pour un retour en sécurité : remise de clés volontaire de voiture contre un éthylotest, création de système «bons taxi», achats groupés «entrée soirée-taxi», cartes «Collecto», renforcement du réseau Noctis...</p>	<p>Action n° 2 Diffusion d'informations sur les maladies infectieuses et leur dépistage (ne visant pas uniquement les usagers de drogues), ainsi qu'organisation d'ateliers, de projets de sensibilisation par les pairs, etc.</p> <p>Action n° 3 Diffusion du matériel de RdR et d'information sur les dispositifs RdR (traitements de substitution aux opiacés, dépistage, matériel disponible...) en prison via différents canaux (par le personnel para/médical, par les pairs, les services extérieurs, les brochures/affiches dans les espaces communs, la chaîne tv interne à la prison...).</p>	

3. Meilleur accès aux traitements et au dépistage

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n° 4 Travail de sensibilisation des médecins et pharmaciens au traitement de substitution aux opiacés (TSO).</p>		<p>Action n° 4 Planification de la continuité des traitements (traitement de substitution aux opiacés et autres) à la sortie de prison.</p> <p>Action n° 5 Allocation de moyens financiers supplémentaires pour le renforcement des équipes médicales, psycho-sociales et équipes de soins.</p>	

4. Action de proximité (outreach)

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n° 5 Développement et financement d'actions d'outreach, c'est-à-dire rencontre des usagers de drogues sur leurs lieux de vie ou de consommation (exemples : bus soins de santé primaire et comptoir d'échange de seringues, renforcement des éducateurs de rue...).</p>	<p>Action n°4 Mise en place et formation d'agents «bien-être» sur les lieux festifs pour repérer les personnes qui ont un malaise et intervenir.</p>	<p>Action n° 6 Groupes de parole sur la santé, de discussion sur les risques liés à la consommation de drogues, au tatouage/piercing et à la vie affective et sexuelle en prison.</p>	

5. Participation/prévention par les pairs

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n°6 Projet d'information et de sensibilisation à la RdR des pairs par les pairs, dans leurs lieux de vie (actions d'outreach) ou dans les services professionnels, y compris la formation des pairs/jobistes (pour retrouver un rythme de vie, l'amélioration des connaissances/compétences, la création de liens sociaux...).</p>	<p>Action n°5 Mise en place d'outils (plates-formes, sites internet, questionnaires, focus groups...) pour la consultation et l'implication des consommateurs dans les projets de RdR (création, mise en œuvre, évaluation...) menés en milieux festifs.</p> <p>Action n°6 Formation de jobistes/pairs et participation à des actions de RdR en milieux festifs : animation de stands de prévention/RdR, passage de questionnaires, information et sensibilisation du public...</p> <p>Action n°7 Création et formation de groupes de jeunes pairs responsables «bien-être» au cours des événements festifs, impliqués dans la préparation et dans le déroulement (exemple : soirées d'étudiants, etc.).</p>	<p>Action n°7 Projets participatifs : sensibilisation/information des pairs par les pairs sur la santé en général, la vie affective et sexuelle, ainsi que les risques liés à la consommation de drogues et le tatouage/piercing en particulier, y compris la formation des pairs.</p>	<p>Action n°1 Stimulation de la mise en place de projets participatifs et association systématique des usagers de drogues aux évaluations et réflexions, création et mise en place de projets.</p> <p>Action n°2 Reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues dans les projets/actions via un défraiement anonyme.</p>

6. Actions liées à un environnement et des lieux favorables à la santé

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n°7 Maintien/développement des structures de centres d'hébergement (de crise et de transition) ou de logement pour les populations précarisées et amélioration de l'accès aux usagers de drogues.</p>	<p>Action n°8 Sensibilisation des lieux festifs (y compris étudiants) à mettre de l'eau fraîche potable à la disposition de leurs clients et à proposer des boissons non alcoolisées «attractives» (au niveau prix, apparence, nom...).</p>	<p>Action n°8 Sensibilisation des autorités et du monde politique, ainsi que du grand public, aux conditions de détention et de vie en prison.</p>	

7. Actions liées à l'orientation, au travail en réseau et à l'accompagnement de l'utilisateur de drogues

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n°8 Afin de désengorger les services de crise, amélioration de l'orientation des usagers de drogues, avant l'entrée, pendant le séjour et après, par une meilleure connaissance des acteurs relais et par la réinsertion des patients dans la société.</p> <p>Action n°9 Création d'initiatives pour l'échange entre travailleurs et institutions pour favoriser le partage des principes/pratiques de RdR auprès d'acteurs du secteur assuétudes et d'autres secteurs en contact avec des usagers de drogues, pour une meilleure connaissance des différents acteurs relais et une diminution de la charge psycho-sociale des équipes.</p> <p>Action n°10 Élargissement de la Cellule francophone Santé-Assuétudes aux Affaires Sociales pour une meilleure prise en charge, le suivi et la réinsertion sociale (accès au logement/travail/formation) des consommateurs en situation précaire à Bruxelles.</p> <p>Action n°11 Augmentation de l'enveloppe budgétaire dédiée à la prise en charge des patients pour pouvoir faire face aux besoins actuels toujours croissants, avec des situations humaines et socio-sanitaires de plus en plus dégradées.</p>	<p>Action n°9 Renforcement des actions points d'appui «drogues» dans le milieu scolaire, y compris les hautes écoles et universités.</p> <p>Action n°10 Mise en place d'une coordination des actions «santé» et «promotion de la santé/RdR» en milieu festif pour améliorer la collaboration et l'efficacité des acteurs ainsi qu'une coordination effective de terrain lors de gros événements.</p>	<p>Action n°9 Renforcement des équipes (para)médicales en prison (plus de médecins, infirmiers) en prison et attribution d'un rôle de RdR à ces équipes (en tenant compte des études réalisées sur l'état de santé des détenus), soutenues et renforcées par des équipes de RdR externes.</p> <p>Action n°10 Renforcement des équipes para/médicales en prison en travaillant sur le recrutement de ce type de personnel.</p> <p>Action n°11 Avant la sortie de prison, prise de contact par les détenus et les intervenants médico-psycho-sociaux de la prison avec des services spécialisés en assuétudes et accompagnement social afin de mieux préparer la sortie de prison (réinsertion socio-professionnelle, logement, santé...).</p>	<p>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).</p> <p>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).</p>

8. Travail sur les compétences et connaissances des relais (non) professionnels

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n°12 Organisation de modules de formation de base, de formations continues sur les produits, les modes de consommation et les risques liés, les dispositifs en place, les images véhiculées sur les usagers de drogues, destinés aux (futurs) professionnels en contact avec des usagers de drogues (RdR, urgences des hôpitaux, médecins généralistes, personnel de maisons médicales...).</p>	<p>Action n°11 Création et diffusion de guidelines, organisation régulière de formations à la RdR destinées aux professionnels des milieux festifs et organisateurs d'évènements (y compris étudiants).</p> <p>Action n°12 Création, mise à jour régulière et diffusion d'outils d'information tenant compte de l'évolution des modes de consommation, des produits consommés (avec une attention particulière aux Research Chemicals) et des risques en lien (à destination des professionnels spécialisés ou non en assuétudes : acteurs psycho-médicosociaux, éducation...).</p>	<p>Action n°12 Réalisation et diffusion de guidelines sur l'usage de drogues et la RdR en prison : transmission de maladies infectieuses, dépistage, vaccination, traitement de substitution aux opiacés, overdose.</p> <p>Action n°13 Développement de formations sur l'usage de drogues et sur la RdR (y compris les traitements de substitution aux opiacés, dépistage, risques d'overdose) pour les professionnels de la santé en prison et intégration de modules dans les formations des agents pénitentiaires</p>	<p>Action n°5 Intégration de la RdR dans les formations initiales et continues des intervenants du secteur assuétude et autres secteurs.</p> <p>Action n°6 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.</p>

9. Recherche, évaluation et nouvelles initiatives

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n°13 Afin de compléter les données TDI¹⁴, développer un système de récolte de données harmonisées au niveau des institutions en contact avec des usagers de drogues et qui font de la RdR, afin d'améliorer la connaissance du public cible et de ses pratiques de consommation (produits, comportements à risques, etc.)</p> <p>Action n°14 Sur base de l'étude de faisabilité réalisée, expérimentation et développement de projets de salles de consommation à moindres risques et de projets d'éducation à la RdR et des dommages liés à l'injection. Travail avec les riverains et les usagers de drogues pour leur implantation.</p>	<p>Action n°13 Élaboration d'études et d'enquêtes spécifiques sur la consommation de psychotropes illicites en milieu étudiant, HSH¹⁵ et les risques liés (établissements d'études supérieures, universités, voire écoles secondaires), éventuellement ajout de questions s'y rapportant dans des enquêtes santé existantes (HBSC, etc.).</p> <p>Action n°14 Étude sur la mobilité des publics festifs (lieux où sortent les Bruxellois) et les recommandations pour adapter les actions à celle-ci.</p>	<p>Action n°14 Réalisation d'enquêtes qualitatives et quantitatives (prévalence, focus groups, etc.) sur l'état de santé, la consommation et les prises de risques, la couverture vaccinale et le dépistage, les besoins, etc. des détenus pour la mise en place de programmes/actions de RdR adaptés.</p> <p>Action n°15 Réalisation d'une étude sur la nécessité d'implémenter un projet pilote d'échange/diffusion de matériel d'injection</p>	<p>Action n°7 Mise en place d'un système de collecte et d'analyse de données harmonisées sur les pratiques de consommation, prises de risques, les nouveaux produits... et recherches/recherches action dans les différents milieux de vie.</p> <p>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).</p>

14 Le Treatment Demand Indicator (TDI) est l'un des cinq «indicateurs clés» de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

15 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

10. Actions de plaidoyer, lobbying

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Action n°15 Création et diffusion d'outils visant à déstigmatiser les usagers de drogues aux yeux des professionnels, des politiques et du grand public : témoignages d'usagers, de professionnels, dossiers d'information, campagnes de sensibilisation, reportages, films...</p> <p>Action n°16 Lobbying pour obtenir le soutien par les politiques des structures de bas-seuil afin de pouvoir répondre aux besoins de plus en plus importants d'une population de plus en plus marginalisée.</p>	<p>Action n°15 Développement d'une stratégie de lobbying auprès des acteurs politiques responsables (au niveau local ou régional) pour garantir un cadre légal minimum de mesures santé dans les lieux/événements festifs et favoriser des politiques valorisant les contextes et les usages plus responsables et moins risqués.</p>	<p>Action n°16 Lobby pour le transfert des compétences des soins de santé en prison (et leur financement) au SPF Santé publique et sécurité sociale.</p>	<p>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)</p>

11. Travail au niveau des réglementations

Milieu de vie «soin-rue»	Milieu de vie «festif»	Milieu de vie «carcéral»	Groupe «transversal»
<p>Cf. Action n°16</p>	<p>Cf. Action n°15</p>	<p>Cf. Action n°16</p>	<p>Action n°10 Reconnaissance institutionnelle et structurelle de la RdR comme 4^{ème} pilier de la politique drogues.</p> <p>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.</p> <p>Action n°12 Prise en compte de la réalité de terrain pour le financement des projets.</p>



Bibliographie (phase exploratoire)



DENIS B., Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquents aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus, *La Revue de la Médecine Générale* n° 258, décembre 2008.

COPPEL, Anne, Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques, *La Découverte*, Paris, 2002.

DE BASIO Y., DE RUYVER B., SCHLEIPER A. (ed.), VAN DER LAENEN F., VERMEULEN G. (2000), *Politique des drogues, Paysage institutionnel belge, réduction des risques et des dommages* Neuvième congrès National, Charleroi, 19-20/02/2003.

CABALLERO Francis, BISIYOU Yann, *Droit de la drogue, Précis - Droit Privé*, Dalloz, Paris, 2000.

CADET-TAÏROU A., REYNAUD-MAURUPT C., COSTES J.-M., PALLE C., *Enquêtes quantitatives auprès des populations difficiles à joindre : l'expérience de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, in *Methodological Innovations Online* 5 (2), Paris, 2010.

CANTELLI Fabrizio et GENARD Jean-Louis, *Action publique et subjectivité*, Paris, L.G.D.J, n°46, Collection : *Droit et société*. *Maison des sciences de l'homme*, Paris, 2007.

CARRIER, Nicolas *Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits* in *Déviance et Société*, 2003/1 Vol. 27, p. 59-76.

EMMANUELLI J., *Usage de drogues, sexualité, transmission du virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde. État des lieux et mise en perspective*, Réseau national de Santé Publique, Paris, 1997.

FASSIN D., *Faire de la Santé Publique*, Paris, 2008.

FREYA VANDER LAENEN, BRICE DE RUYVER, JOHAN CHRISTIAENS, DELFINE LIEVENS *Résumé. Drogues en chiffres III*, BELSPO, 2011.

GRANGE, Aline *L'Europe des drogues. L'apprentissage de la réduction des risques aux Pays Bas, en France et en Italie*, *Logiques Politiques* chez L'Harmattan, Paris, 2005.

HAUSSER D., *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses : analyse secondaire sur base de la littérature disponible*, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 1999.

MARTENS V., PARENT F., ET LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION DES IST/SIDA EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE, *Le public festif. Stratégies concertées de la prévention des IST/SIDA en Communauté française. Une analyse pour l'action*, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles, Décembre 2009.

PERETTI-WATTEL, *La société du risque*, Collection Repères, La Découverte, 2010.

PHARO P., *Philosophie pratique de l'usage des drogues*, Editions du Cerf, Passages, Paris, 2011.

SIEGEL S., *Pavlovian conditioning and drug overdose : when tolerance fails*, in *Addiction Research and Theory*, n°9, 503-513, 2001.

TODTS S., GLIBERT P., VAN MALDEREN S., VAN HUYCK C., SALIEZ V. ET HOGGE M., «Usage de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques sanitaires 2008», Service Public Fédéral Justice, Bruxelles, 2009.

TREPOS, J-Y, *La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogue*, PUF Cahiers internationaux de sociologie, 2003/1 - n°14, pp. 93-108.

RAPPORTS ET AUTRES PUBLICATIONS

BJÖRN HIBELL, ULF GUTTORMSSON, SALME AHLSTRÖM, OLGA BALAKIREVA, THORODDUR BJARNASON, ANNA KOKKEVI, LUDWIG KRAUSTHE 2011 Espad Report. Substance use among students in 36 European countries, Stockholm, May 2012.

CLOETTA, BERNHARD ; SPENCER, BRENDA ; ACKERMANN, GÜNTER ; BROESSKAMP-STONE, URSEL ; RUCKSTUHL, BRIGITTE ; SPÖRRI-FAHRNI, ADRIAN, Guide pour la catégorisation des résultats.

COPPIETERS Y, CREMERS A., Cadastre des services ambulatoires agréés par la Cocof en Région bruxelloise. Rapport de recherche, Projet COCOF / École de santé publique de l'ULB, Bruxelles, Septembre 2012.

DUNES «Recits d'une jeunesse dans l'injection de drogues». Rapport de recherche, décembre 2011.

EUROTOX, Dossier : le Dopage. Tiré à part du Rapport sur l'usage de drogues 2009, Communauté française de Belgique, 2009.

EUROTOX, RAPPORT D'ACTIVITÉS 2011.

EUROTOX, Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.

EUROTOX, Elaboration d'un cadastre des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française, 2008.

EMCDDA, Monographs, Harm Reduction : evidence, impacts and challenges, 2010.

EMCDDA, État du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel, Lisbon, novembre 2012.

EMCDDA, Hepatitis C and injecting drug use : impact, costs and policy options, Lisbon, December 2004.

EMCDDA, HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania, Lisbon, January 2012.

EMCDDA, Prisons and drugs in Europe : the problem and responses, Lisbon, November 2012.

FBPSU asbl, BFPVS vzw, CLDB, État des lieux sur l'usager de drogues en Région de Bruxelles Capitale réalisé à partir des services communaux actifs en matière de drogues, Réalisé par le groupe de travail État des lieux de la CLDB et du FBPSU asbl, 2010.

GERKENS SOPHIE, MARTIN NATASHA, THIRY NANCY, HULST FRANK, HULSTAERT Y, Hépatite C : dépistage et prévention. Synthèse, KCE Reports 173B, 2011.

HOGGE M., Analyse des données récoltées de 2005 à 2011 en Région de Bruxelles-capitale dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins, Modus Vivendi, à paraître.

HUSSON E., KIRZIN M., MIMOUNI H., Concertation Bas Seuil- Projet Riboutique, Rapport des actions et des recherches réalisées dans le quartier Ribaucourt, Décembre 2012.

INPES Présentation de l'outil de catégorisation des résultats, Promotion de la Santé Suisse 2007.

INSERM Synthèse Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations, 2010.

JAQUET A., «L'aide sociale aux détenus à Bruxelles : le rôle central de la commission communautaire commune», <http://www.bico-info.be/2010/03/aide-sociale-aux-detenus-a-bruxelles-le-role-central-de-la-commission-communautaire-commune/>

La Strada, asbl, Deuxième Dénombrement des personnes sans abri, sans logement et en logement inadéquat en Région de Bruxelles-Capitale, novembre 2010.

LEDOUX Y., Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique, Politique Scientifique fédérale, Bruxelles, 2007.

LUDIC, Actes de la journée RdR salles d'injections à Mulhouse le 30/1/2001.

MODUS VIVENDI, Récolte des données des comptoirs d'échanges de seringues en Fédération Wallonie Bruxelles, 2012.

NOËL L., «Diagnostic qualitatif de la RdR à Bruxelles», Modus Vivendi, 2012.

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL, Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, 2010.

OFSP, Office fédéral de la santé publique (2010) Défi addictions, Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse.

PELC et al. Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients, BELSPO, 2003.

PETIAU A., POURTAU L., GALAND C., De la découverte des substances psychoactives en milieu festif techno à l'usage maîtrisé, in Drogues, santé et société, volume 8, n°1, 2009.

SAMU SOCIAL, asbl, Rapport annuel, activités 2012.

SANTÉ ET SERVICE SOCIAUX, Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, Résultat d'une réflexion commune, Version mars 2010, Québec.

SASSE A., VERBRUGGE R., VAN BECKHOVEN D., «Épidémiologie du Sida et de l'infection VIH en Belgique, Santé publique & Surveillance», Novembre 2012, Bruxelles, Belgique.

STOICESCU C., COOK C., Harm Reduction in Europe : mapping coverage and civil society advocacy, European Harm Reduction Network, 2011. En ligne (consulté le 30/9/2013).

TRANSIT asbl, Rapport annuel, activités 2012.

TEXTES LÉGAUX

La Commission communautaire française – Accord de majorité 2009-2014, p.31

Déclaration conjointe de la Conférence interministérielle Drogues Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique : IMCDRUGS, 2010.

Décret organisant le sport en Communauté française, 26/04/1999.

Décret relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française, 8/03/2001.

Ordonnance relative à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention, 19/07/2007, Ministère de la Rég. Bxl-Capitale.

SPF Justice, Circulaire ministérielle n°1785 relative à la problématique de la drogue en prison, 18 juillet 2006.

Le Plan d'Action National Alcool 2008-2012 (PANA).

Arrêté Royal réglementant l'échange de seringues, (AR du 5 juin 2000) publié le 7 juillet 2000.

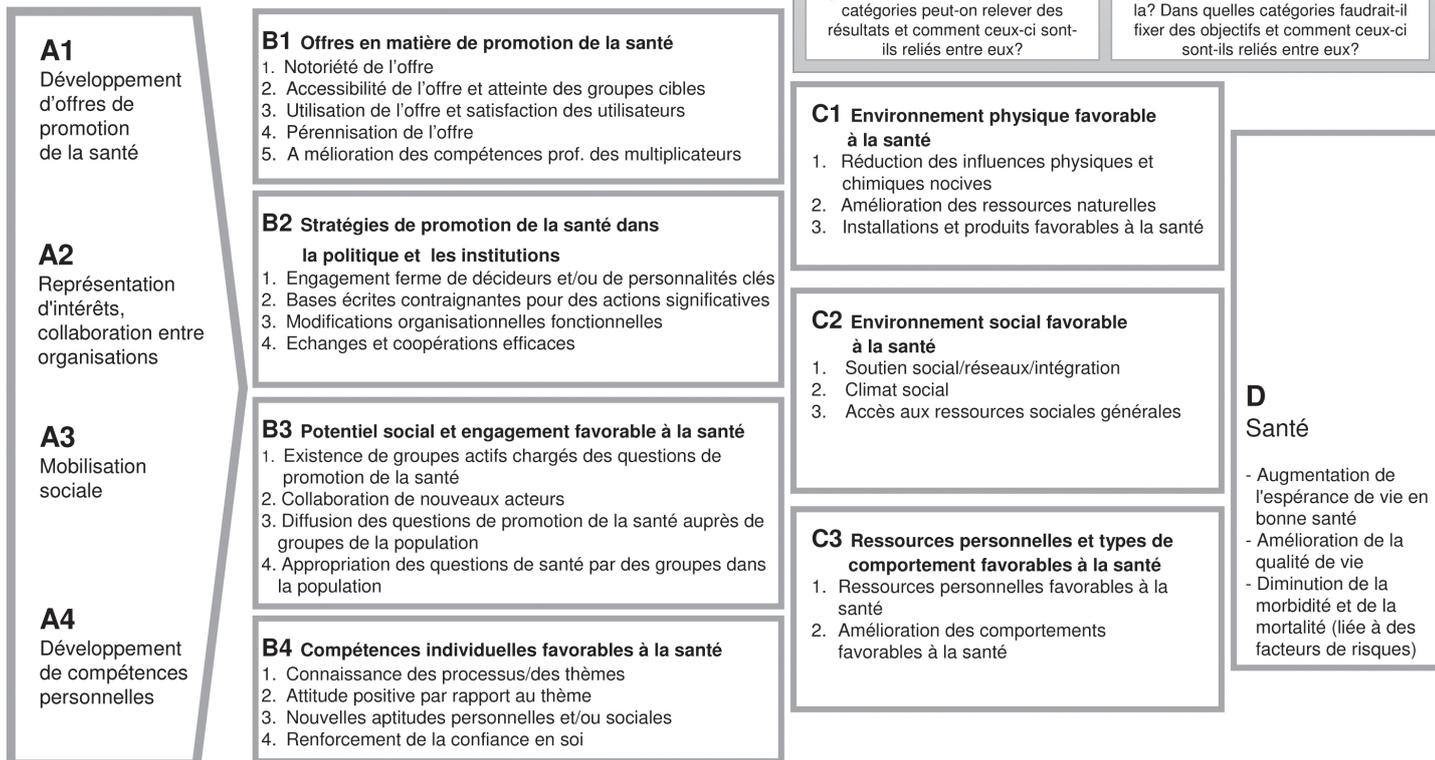


Annexes



L'OUTIL DE CATEGORISATION DES RESULTATS (OCR)

Les sous-catégories



Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian
 © Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

LES MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE¹⁶

Alexandre Sebastien
Boonen Jérôme
Casero Lucia
Chebieb Melissa
Coppieters Yves

Degraef Véronique
Drielsma Pierre
Favresse Damien
Maisse Laurent
Marchand Christophe

Martens Vladimir
Moriau Jacques
Nicaise Pablo

ACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À L'ÉLABORATION DU PLAN BRUXELLOIS DE RDR LIÉS À L'USAGE DE DROGUES (ÉTAPE 1 ET/ ÉTAPE2)

Nous remercions les nombreux acteurs bruxellois (et ponctuellement non bruxellois) qui ont contribué à la construction du Plan, lors de sa phase exploratoire et/ou de terrain sous la forme de rencontres, d'entretiens (in)formels, de réponses à des questionnaires, ou encore lors de la phase de planification en participant à des groupes de travail, en relisant ou en complétant des documents. La liste ci-dessous se veut la plus exhaustive qui soit mais il se pourrait que des institutions ou services soient involontairement oubliés. Si c'est malheureusement le cas, nous les prions de bien vouloir nous en excuser.

- Administration générale du Sport (Fédération Wallonie-Bruxelles) (Adeps, Cellule Anti-dopage)
- AISF (Association Interfédérale du Sport Fr.)
- Ambulatoire-Forest asbl
- Après ASBL
- Autrement ASBL
- Babel
- BRAVVO ASBL (Bruxelles Avance Brussel Vooruit !)
- Bruxelles laïque
- Centre Sportif - Commune de Saint-Gilles
- CAAP (Concertation des Assoc. Actives en Prison)
- Cabinet de la Ministre de la Santé (COCOF)
- Cabinet du Ministre des Affaires Sociales (COCOF)
- CAL Bruxelles (Centre d'Action Laïque)
- C.A.P.-I.T.I. ASBL
- CATS (Centre d'Accueil et de Traitement Spécialisé, anciennement «Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch»)
- CBPS (Centre Bruxellois de Promotion de la Santé dans sa mission de Point d'Appui Assuétudes)
- Centre Chapelle-Aux-Champs
- Cellule francophone Santé Assuétude
- Cellule Interministérielle Santé Drogues
- Centre médical ENADEN
- Centre Médico Chirurgical Saint-Gilles (SPF Justice)
- CLDB (Coordination Locale Drogues Bruxelles)
- Commission Communautaire Française (Administration Santé)
- Commission Communautaire Commune de Bruxelles Capitale (Prévention-Santé)
- Concertation Bas Seuil

.....
16 Classement par ordre alphabétique

- CPAS de Bruxelles Ville, d'Ixelles, de Schaerbeek, Saint-Gilles, de Watermael-Boitsfort
- Dynamo (Aide en Milieu Ouvert)
- Dune ASBL - CLIP
- Entr'aide des Marolles
- Eurotox (Observatoire socio-épidémiologique alcool drogues en FWB)
- Ex Aequo ASBL
- FAMD (Fondation pour l'Assistance Morale aux Détenus)
- FARES (Fonds des Affections Respiratoires)
- FEDITO bruxelloise ASBL (Fédération bruxelloise francophone des Institutions pour Toxicomanes)
- FEIAT (Secteur Patronat Toxicomanie)
- FSPST (Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques)
- Groupe parlementaire écolo à la COCOF (mobilité)
- Groupe parlementaire écolo à la COCOF (Commission santé)
- Groupe parlementaire FdF à la COCOF (Commission santé)
- Groupe parlementaire PS à la COCOF (Commission santé)
- IBSR (Institut Belge pour la Sécurité Routière)
- Infor Drogues
- Interstices ASBL CHU Saint-Pierre
- La Ligue des Droits de l'Homme
- La Liaison Antiprohibitionniste
- La M.A.S.S. de Bruxelles (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire)
- La Pièce
- Le Passage
- Maison Arc-en-Ciel (Rainbow House)
- Maison Médicale Calendula ASBL
- MDM Belgique (Médecins Du Monde)
- Modus Vivendi ASBL
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles
- Observatoire du Sida et des sexualités
- O.R.S ASBL (Office de Réadaptation Sociale ASBL)
- PFCSM (Plate-forme de Concertation pour la santé mentale)
- Plate-Forme Prévention Sida
- Projet Lama ASBL
- Prospective Jeunesse
- RAT ASBL (Réseau d'Aide aux Toxicomanes)
- REDA (réseau Détention et Alternatives)
- Réseau Hépatite C
- Samu social
- SAS (Service d'Accompagnement Social du CPAS de Bruxelles)
- Service Délégué aux Droits de l'Enfance
- Services de Prévention des Communes d'Anderlecht, de Bruxelles, d'Ixelles, de Molenbeek, de Saint-Gilles, de Woluwé-Saint-Lambert
- SES ASBL (Service Éducation pour la Santé ASBL)
- Service Public Fédéral Justice (Soins de Santé en Prison et Coordination politique drogues - DG EPI)
- SPS Forest (Service Psycho-social de la prison de Forest)
- Sex & Co (Féd. laïque de Centres de plan. familial)
- STIB-MIVB
- Tels Quels ASBL
- Transit ASBL - LAIRR
- Univers Santé ASBL

Éditeur responsable : Catherine Van Huyck,
Modus Vivendi asbl, Janvier 2014

Mise en page : Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

