

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

Carnet 1

PRÉSENTATION ET CADRE METHODOLOGIQUE

Cécile Béduwé
Catherine Van Huyck
Laurence Noel

Modus vivendi ASBL



Avec le soutien de



Janvier 2014

Table des matières

A. Présentation du projet.....	3
1) Objectifs et articulation du projet	5
B. Cadre méthodologique	7
1) Les milieux de vie.....	7
2) La consultation des acteurs	7
3) Choix d'un outil méthodologique	7
4) Accompagnement méthodologique	9
5) Biais méthodologique.....	9
C. Etape 1 : le diagnostic.....	10
1) La phase exploratoire	10
Remarque concernant le milieu sportif.....	10
2) La phase de terrain : recueil de matériau empirique	11
3) La phase d'analyse.....	12
D. Etape 2 : la planification (le Plan)	13
1) Une définition d'objectifs et d'actions par milieu de vie	13
a) Des objectifs généraux, spécifiques et opérationnels.....	13
b) Des actions spécifiques	13
2) Priorisation et développement des actions en concertation avec les intervenants	15
a) Sélection des actions prioritaires par les intervenants et par milieu de vie	15
b) Développement des actions en groupes de travail.....	15
E. Bibliographie (phase exploratoire)	16
F. Annexes	17

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 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 possibles 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 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 et de la solidarité dont elle a fait preuve.

¹ La liste des membres du comité scientifique se trouve en annexe, p.21

² La liste des institutions qui ont participé à l'élaboration du plan se trouve également en annexe p.22

A. 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 transversal³.

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.

Les différents éléments constituant le Plan sont présentés en 9 Carnets :

- Carnet 1. Présentation et cadre méthodologique (le présent carnet)
- 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 « 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 : Ensemble des actions prioritaires à mener dans les différents milieux de vie

³ Le groupe transversal a été identifié a posteriori.

1) Objectifs et articulation du projet

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 étape se focalise sur les deux derniers. Cette ultime étape se compose de diverses concertations afin d'établir un plan de RdR bruxellois qui puisse être porté par les acteurs concernés.



Plan bruxellois de RdR : Présentation et cadre méthodologique

Le tableau ci-dessous reprend la synthèse sommaire des grandes phases qui composent chaque étape.

*Etape 1, mars 2012 – janvier 2013 : le **Diagnostic** sur le contexte de la RdR (objectif 1 et objectif 2)*

Cette première étape se décompose en trois grandes phases :

- la phase exploratoire*
- la phase terrain*
- la phase d'analyse*

*Etape 2, février – janvier 2014 : le **Plan** (objectif 3 et objectif 4)*

Cette deuxième étape se décompose en plusieurs phases :

- la phase de planification*
- la phase de concertation pour la priorisation et le développement des actions par milieu de vie*
- la phase de validation*
- la phase de rédaction*

B. 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. Les recherches et les études d'acteurs de terrain, et de Modus Vivendi⁴ notamment, s'appuient régulièrement sur cette approche par milieux de vie. Dans le cadre d'un travail centré sur l'outreach⁵ et la participation, cette tendance s'est consolidée au cours du temps, tant au niveau des études qu'au niveau du travail de terrain.

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'approche⁶, qu'il a préalablement été décidé de proposer un projet centré sur **des « milieux de vie »** des publics-cibles. Le terme milieu de vie est entendu ici de manière large car il vise des lieux où les publics-cibles vivent ou passent une partie de leur temps.

2) La consultation des acteurs

La consultation des acteurs (qu'ils s'agissent 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 (Etape 1) et lors de groupes de travail pour la planification - avec une consultation préalable sur base de documents proposés - (Etape 2). Ces différentes approches sont développées dans les chapitres suivants.

3) Choix d'un outil méthodologique

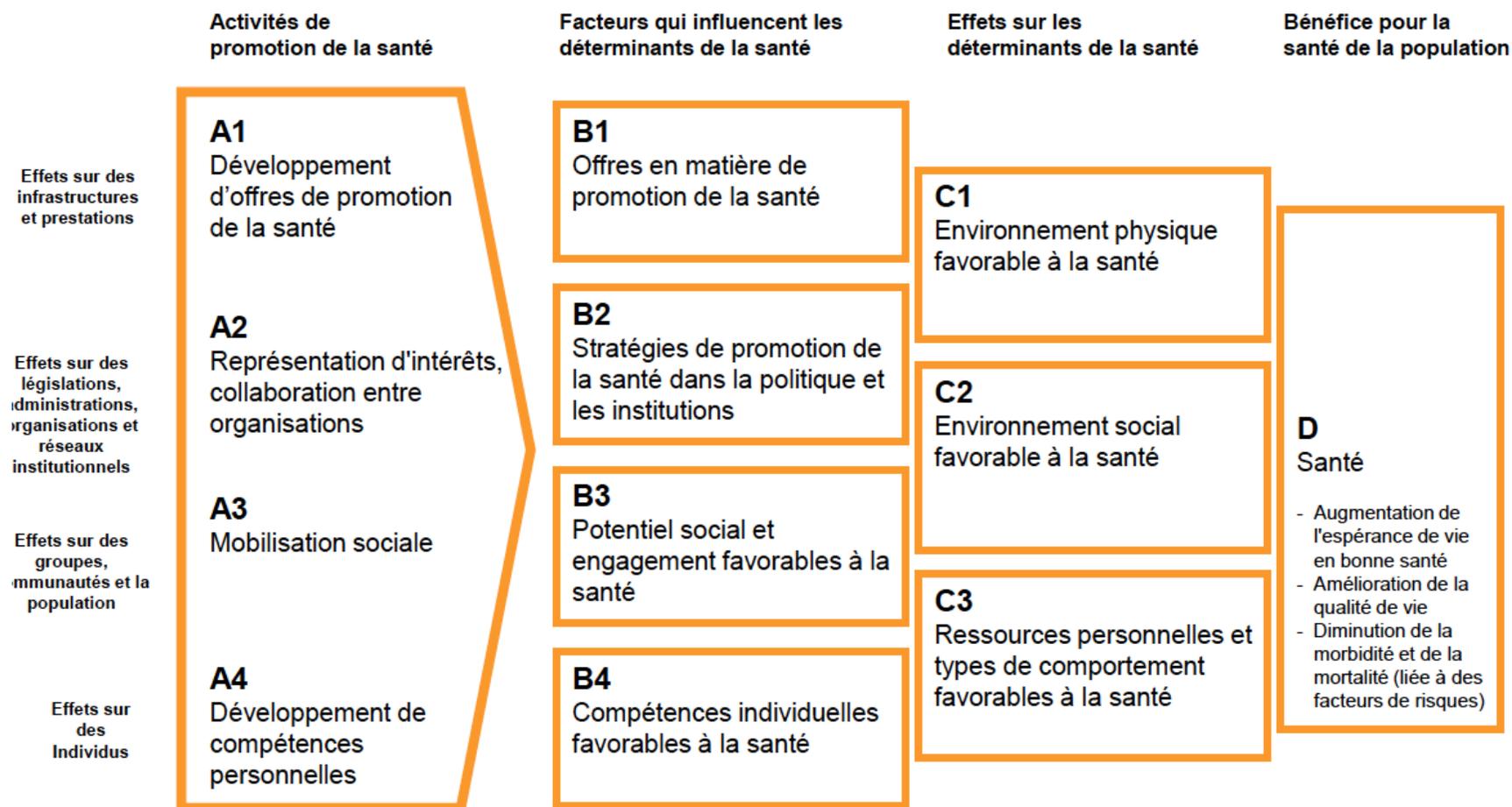
Suite à la revue de la littérature, un outil de Promotion de la Santé a été choisi : l'Outil de Catégorisation des Résultats⁷ (OCR), un modèle de Promotion de la Santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse. Cet outil a été privilégié car nous souhaitons adopter une approche la plus 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 Etudes mentionnant des données émanant de divers projets : DR- (Drogues risque moins), BdN (boule de neige), accueil de Modus Fiesta, testing, Damsi (accès au matériel stérile d'injection), etc.

⁵ Travail de proximité.

⁶ Eurotox (2012), Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues, Fédération Wallonie-Bruxelles.

⁷ 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 méthodologique

Plusieurs biais et limites sont apparus :

- le temps imparti au projet dans la première phase nous semble 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 donnera, *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 ne sont que déclaratifs ;
- le mouvement ambiant de régionalisation ;
- la présélection éventuelle d'usagers par les intervenants.

C. Etape 1 : le diagnostic

Suite à une première phase exploratoire, décrite ci-dessous, 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 offrant une vue plus partielle de la RdR liée à l'usage de drogues à Bruxelles. C'est l'une des raisons pour laquelle, il a été estimé plus pertinent pour la phase de diagnostic d'observer et de relever des actions concrètes⁸ de RdR spécifiques et adaptées à la réalité bruxelloise de manière transversale.

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.

1) La phase exploratoire

Dès le commencement, un examen de la littérature grise et blanche existantes a été consciencieusement réalisé. Comme par exemple, des études déjà existantes propres au secteur assuétudes, des rapports belges ou étrangers provenant d'organismes publics d'étude ou de services, des articles scientifiques, des ouvrages spécifiques et non spécifiques à la RdR ainsi que certaines déclarations politiques ou des éléments de législation (instruments locaux, fédéraux, européens, internationaux)⁹.

Divers échanges informels avec des chercheurs de l'Université Libre de Bruxelles et de l'Université catholique de Louvain ainsi que onze entretiens informels (non retranscrits) ont été réalisés avec trois types d'acteurs afin de préparer la récolte données (phase terrain) :

- responsables politiques et membres d'administrations (3 entretiens) : responsables politiques et membres d'administrations (représentants niveaux de fédération, COCOF, fédéral, PF Santé Mentale) ;
- intervenants professionnels et experts (7 entretiens) : intervenants en milieu carcéral, de la rue, expert en législation, experts du milieu sportif et général en FWB, expert méthodologique à la COCOM), expert méthodologique en enquête quantitative) ;
- usager consommateurs de drogues (3 entretiens).

Des journées d'observation d'une structure RdR et d'un dispositif ont été planifiées, ainsi que la participation à une journée de concertation organisée par Eurotox dans le cadre des Stratégies concertées de prévention et de Réduction des Risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le projet a été présenté par différents canaux : dans les Brèves de Comptoirs de Modus Vivendi, lors d'un Petit déjeuner RdR, à un des intervenants RdR bruxellois, à des représentants des CPAS bruxellois à l'AVCB¹⁰).

Remarque concernant le milieu sportif

C'est à ce stade du projet que sont apparues les spécificités du **milieu sportif**. D'une part, ce milieu est très disparate et éclaté : entre fédérations et clubs/association relevant du secteur public ou privé, local, communautaire, national ou international, la multitude de disciplines, les niveaux professionnels et amateurs... Ce qui rend l'identification des intervenants particulièrement ardue. D'autre part, contrairement aux autres milieux de vie pris en considération pour le Plan bruxellois, aucun intervenant n'y mène d'actions spécifiques de RdR. Les actions en lien avec l'usage de substances psychoactives, le plus souvent dénommé dopage, visent avant tout, pour ne pas dire uniquement, la lutte contre la tricherie dans le sport. Dans ces conditions, il est apparu nécessaire de « traiter » ce milieu de manière différente puisqu'il ne serait pas possible de recueillir des données tel qu'envisagé pour les autres milieux. Il a donc été décidé de réaliser une note « exploratoire » visant à classifier les divers acteurs et épingle des pistes à creuser (cf. Le Carnet sur le milieu sportif).

⁸ Pratiques des usagers et des intervenants mais aussi des responsables politiques.

⁹ Voir la Bibliographie en fin de document.

¹⁰ Association des villes et des communes de la Ville de Bruxelles.

2) La phase de terrain : recueil de matériau empirique

Les mêmes trois types d'acteurs ont également été rencontrés durant la phase de terrain : des intervenants assuétude/RdR bruxellois, des usagers consommateurs de drogues, plusieurs responsables politiques et/ou membres d'administrations.

Pour l'acteur « intervenant », plusieurs dimensions ont été identifiées et explorées sur le terrain au moyen de questionnaires et d'entretiens afin de répondre aux objectifs. Ces dimensions sont : les actions menées et les outils utilisés, les coordinations et les partenariats, les besoins exprimés, les conceptions de la RdR.

Quatre dimensions ont été retenues afin d'établir une photographie des dispositifs de RdR bruxellois et donc de procéder à une identification des acteurs concernés et à une identification des actions.

La récolte du matériau empirique s'est chronologiquement faite via :

- des entretiens (collectifs ou individuels) réalisés dans 14 services différents* (avec de nombreux professionnels) actifs en toxicomanie et qui dans leur pratique font de la RdR, que ce soit à titre d'activité principale ou non (institutions de soin/traitement, de prévention, de RdR...);
- des questionnaires systématiquement soumis à ces intervenants lors de ces entretiens qui portent sur les 4 dimensions des dispositifs de RdR (voir *supra*),
- des questionnaires soumis à des acteurs qui n'ont pas pu être rencontrés (CPAS et services de prévention communaux bruxellois),
- l'observation directe (de réunions, d'activités dans plusieurs services, de situations d'interactions professionnelles, ...)
- des focus groups avec des usagers (1 par milieu de vie sauf pour le milieu sportif) et des séquences d'observation,
- des entretiens supplémentaires (en milieu carcéral),
- des questionnaires soumis à tous les SAT (services d'aide en matière de toxicomanie) dont certains rencontrés et d'autres non rencontrés ;
- enfin deux entretiens supplémentaires au niveau communal et fédéral ont été menés.

Pour une idée générale, le statut des divers professionnels rencontrés figure à côté du numéro attribué à chaque intervenant professionnel (I-P) :

I-P 1 : direction

I-P 2 : infirmier, coordinatrice psycho-sociale, infirmière

I-P 3 : infirmier en santé communautaire, coordinatrice (psychologue), psychologue, assistant social

I-P 4 : agent de terrain et responsable de projet, coordinatrice

I-P 5 : assistant social, psychologue, gestionnaire social

I-P 6 : secrétaire administratif, coordinateur, psychologue – travailleur social, travailleur social

I-P 7 : coordinateur

I-P 8 : responsable de projet, évaluatrice-analyste de données, coordinateur et RP, responsable de projet

I-P 9 : éducateur, travailleur social, éducateur, travailleur social, infirmier

I-P 10 : médecin généraliste, assistant social, psychologue, psychologue et coordinateur

I-P 11 : coordinateur, coordinateur équipe mobile

I-P 12 : infirmière, coordinatrice de team

I-P 13 : responsable, intervenante psycho-sociale

I-P 14 : 2 assistants sociaux

*Critères de sélection des intervenants :

- distributions géographique sur l'agglomération ;
- utilisation d'outils RdR¹¹ ;
- approches RdR strictes ou combinées et diversifiées ;
- diversité des types d'activités principales ;
- diversité des pouvoirs organisateurs subsidiaires ;
- par ailleurs, après l'analyse de nos entretiens exploratoires, où nous avons demandé d'identifier des intervenants RdR bruxellois à des consommateurs, des intervenants et des décideurs.

¹¹Prévention par les pairs (BdN, labels, etc.), outils d'accès à l'information (brochures, alertes précoces, etc.), matériel (kits, CES, préservatifs, etc.), traitements de substitution, outreach et prévention de proximité, formations etc.

3) La phase d'analyse

Cette phase comprend classements des informations contenues dans les 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.

Les dimensions portant sur les actions et les outils de RdR, ainsi que les partenariats et coordination ont été traitées et saisies dans les questionnaires¹² et dans les entretiens. Celles-ci aident à mieux répondre à la question des acteurs concernés et de traiter les identités multiples et extrêmement hétérogènes des professionnels et des structures en matière de RdR.

Nous avons identifié des actions et des manières de faire de la RdR que les intervenants ont, déjà, et du même coup, hiérarchisées¹³ dans les questionnaires. En termes d'actions pratiques de RdR et de fréquence de ces actions de RdR¹⁴ à Bruxelles, le dépouillement des questionnaires¹⁵, recoupé par les entretiens fait émerger plusieurs grands « groupes-types », étant « typiques » puisqu'ils représentent « la RdR » la plus pratiquée, la plus répandue, la plus reconnue à Bruxelles.

A ensuite a été traitée la question des besoins non couverts en termes d'urgence et de priorités dans l'analyse des entretiens au cours desquels était posée la question des besoins les plus urgents tant pour les usagers, que pour les intervenants. A partir de ces différents éléments notamment, des manières de dire et de faire de la RdR, relatives aux conceptions des acteurs, ont pu être identifiées.

Enfin, c'est au terme de cette phase d'analyse, dans une perspective et une logique de planification par milieu de vie, que nous avons ensuite procédé au classement des différents éléments du diagnostic qualitatif (Carnet sur le diagnostic qualitatif de la RdR à Bruxelles), de la revue de la littérature et du diagnostic quantitatif (Carnet sur le diagnostic épidémiologique de l'usage de drogues et des risques liés à Bruxelles) selon le modèle de l'Outil de Catégorisation des Résultats (cf. supra : Choix d'un outil méthodologique).

¹² Proposition de citer, par ordre d'importance au moins 3 actions et/ou outils, au choix, de RdR. Proposition de cocher les services avec lesquels des collaborations fréquentes sont établies pour les coordinations. Proposition de cocher les services avec lesquels l'institution est engagée dans un réseau ou un projet.

¹³ En effet, nous leur avons demandé de classer, dans la mesure du possible, les actions par ordre d'importance et de fréquence dans leur pratique professionnelle.

¹⁴ Nous avons donc identifié tous milieux de vie confondus et de manière générale les actions les plus fréquentes, parmi les plus importantes et les plus fréquentes, tous milieux de vie confondus et de manière générale.

¹⁵ Ces réponses recroisent, de manière globale, les réponses recueillies lors des entretiens.

D. Etape 2 : la planification (le Plan)

Cette étape a 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

Remarque préalable concernant les différents milieux de vie

Nous avons vu plus tôt, que le milieu sportif serait traité séparément pour les raisons déjà évoquées. A ce stade, il est apparu que certains éléments des diagnostics concernaient tous les milieux de vie. Un cinquième « milieu » ou plutôt « niveau » a donc été retenu pour la planification : le **niveau transversal**.

Dans la foulée de l'étape 1, les éléments du diagnostic qualitatif, les éléments du diagnostic quantitatif, des éléments issus de la littérature ont été classés par milieu de vie (soins, rue, festif, carcéral).

Par ailleurs, au vu des entretiens réalisés lors de la phase 1 (diagnostic), il s'est avéré pertinent de grouper les milieux de vie « Soins » et « Rue » en un seul. Le diagnostic réalisé montre en effet que, même si bien sûr il y a des spécificités propres à chacun, tant les usagers que les intervenants de ces deux milieux de vie sont souvent fortement liés et intégrés.

En résumé, la planification a ainsi porté sur quatre milieux/groupes :

- le milieu soins-rue ;
- le milieu festif ;
- le milieu carcéral ;
- le groupe transversal

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 (correspondant à la colonne D de l'OCR),
- des objectifs spécifiques (correspondant à la colonne C de l'OCR),
- ainsi que des objectifs opérationnels (correspondant à la colonne B de l'OCR).

Tous les objectifs sont présentés dans les carnets correspondant à chaque milieu de vie.

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 catégories :

- Accès à l'information
- Accès aux outils et actions de RdR
- Accès au dépistage et traitement
- 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
- Amélioration des compétences et connaissances des relais (non) professionnels
- Recherches, évaluations, nouvelles initiatives
- Plaidoyer, lobbying
- Réglementation

Remarque : Certaines catégories ne se révélant pas pertinentes pour le groupe « transversal », celui-ci n'en comportait que 6 (Participation, Travail en réseau et orientation, Compétences de relais, Recherche et évaluation, Plaidoyer et lobbying, Réglementation). Par ailleurs, quelques catégories ont été regroupées pour certains milieux de vie, car elles comportaient un nombre moins importants d'actions. C'est le cas, par exemple, des catégories « Accès aux outils de RdR » et « Accès au dépistage et traitement » regroupées pour le milieu de vie festif.

Ces catégories ont été définies :

- d'une part, à partir de la classification d'actions qui a émergé du diagnostic qualitatif élaboré sur base de la réalité des acteurs (réponses aux questionnaires, entretiens menés) ;
- d'autre part, à partir du modèle OCR (colonne A).

2) Priorisation et développement des actions en concertation avec les intervenants

a) Sélection des actions prioritaires par les intervenants et par milieu de vie

Afin de répondre à l'objectif de priorisation des actions à mener, nous avons proposé à plus de 80 intervenants travaillant dans les milieux de vie soins-rue, festif, carcéral et de manière plus transversale¹⁶ de sélectionner 2 actions par catégories 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-aequos 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 évoquées plus tôt). La liste des actions et leur contenu sont présentés dans chacun des Carnets consacrés aux milieux de vie étudiés dans le cadre du Plan.

b) Développement des actions en groupes de travail

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. 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 précisant de manière la plus précise qui soit:

- 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

Au total, plus de 50 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.

Le développement 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 (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.

¹⁶ Ces acteurs ont été identifiés selon les mêmes critères de sélection utilisés que lors des consultations réalisées dans le cadre du diagnostic qualitatif, mais également sur base du fait que certains avaient également été identifiés dans les questionnaires (diagnostic qualitatif) comme des acteurs de RdR. Enfin leur expertise semblait pertinente pour les actions qui avaient été identifiées et proposées. Ces intervenants sont issus de secteurs variés : secteur toxicomanie (RDR, prévention, soin), social, carcéral, mobilité, santé mentale, défense des droits de l'homme, aide médicale d'urgence, aide aux sans-abris, hébergement, aide à la jeunesse, services d'aide aux détenus, promotion de la santé, politique, administration, fédérations, observatoires...

E. Bibliographie (phase exploratoire)

- COPPEL, Anne (2002) *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, Paris.
- 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, BISIQU Yann (2000) *Droit de la drogue*, Précis – Droit Privé, Dalloz, Paris.
- CANTELLI Fabrizio et GENARD Jean-Louis, (2007) *Action publique et subjectivité*, Paris, L.G.D.J, n°46, Collection : Droit et société. Maison des sciences de l'homme, Paris.
- CARRIER, Nicolas (2003) Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits in *Déviante et Société*, 2003/1 Vol. 27, p. 59-76.
- FASSIN, Didier (2008) *Faire de la Santé Publique*, Paris
- GRANGE, Aline (2005) *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.
- PERETTI-WATTEL (2010) *La société du risque*, Collection Repères, La Découverte.
- PHARO, Patrick (2011) *Philosophie pratique de l'usage des drogues*, Editions du Cerf, Passages, Paris.
- TREPOS, Jean-Yves (2003) *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

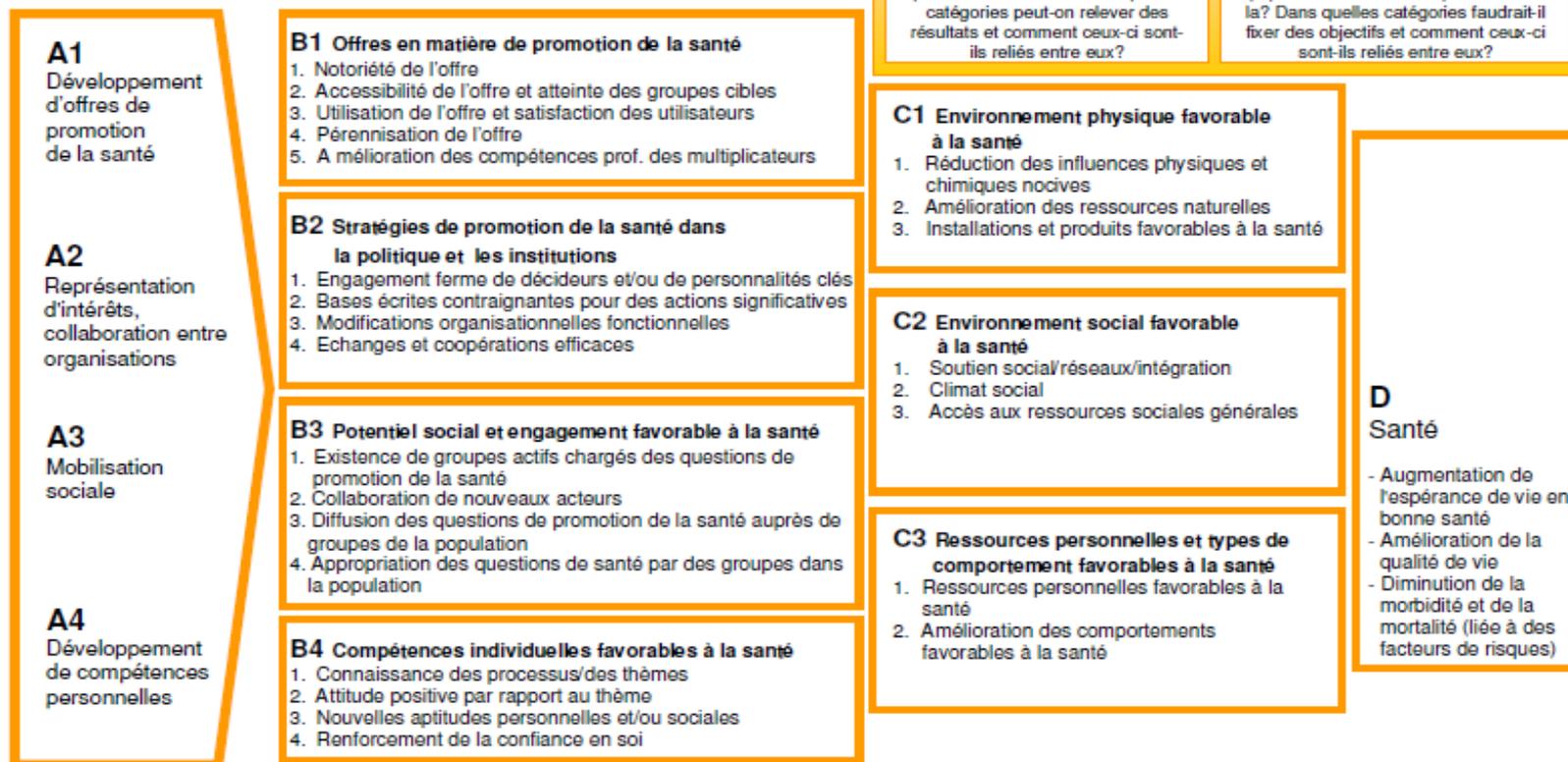
- Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian, *Guide pour la catégorisation des résultats*.
- Eurotox (2009), *Dossier : le Dopage. Tiré à part du Rapport sur l'usage de drogues 2009*, Communauté française de Belgique.
- Eurotox (2011) *Rapport d'activités 2011*.
- Eurotox (2012), *Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues*, Fédération Wallonie-Bruxelles.
- Eurotox (2008), *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*.
- EMCDDA (2010) *Monographs, Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*.
- FBPSU asbl, BFPVS vzw, CLDB (2010) *Etat des lieux sur l'usage de drogues en Région de Bruxelles Capitale réalisé à partir des services communaux actifs en matière de drogues*, Réalisé par le groupe de travail Etat des lieux de la CLDB et du FBPSU asbl.
- INPES (2007) *Présentation de l'outil de catégorisation des résultats*, Promotion de la Santé Suisse.
- INSERM (2010) *Synthèse Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations*.
- Observatoire de la Santé et du Social (2010) *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise*.
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2010) *Défi addictions, Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse*.
- Santé et service sociaux (2010) *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, Résultat d'une réflexion commune*, Version mars 2010, Québec

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

F. Annexes

L'outil de catégorisation des résultats (OCR)
Les sous-catégories



Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian, *Guide pour la catégorisation des résultats*.
www.promotionsante.ch

Les membres du Comité scientifique¹⁷

Alexandre Sebastien

Coppieters Yves

Boonen Jérôme

Casero Lucia

Chebieb Melissa

Degraef Véronique

Drielsma Pierre

Favresse Damien

Moriau Jacques

Marchand Christophe

Maisse Laurent

Martens Vladimir

Nicaise Pablo

¹⁷ Classement par ordre alphabétique

Acteurs ayant contribué à l'élaboration du Plan bruxellois de RdR liés à l'usage de drogues (Etape 1 et/ Etape2)

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 excuser.

Administration générale du Sport (Fédération Wallonie-Bruxelles) (Adeps, Cellule Anti-dopage)	CPAS de Bruxelles Ville, d'Ixelles, de Schaerbeek, Saint-Gilles, de Watermael-Boitsfort	Maison Arc-en-Ciel (Rainbow House)
AISF (Association Interfédérale du Sport Fr.)	Dynamo (Aide en Milieu Ouvert)	Maison Médicale Calendula ASBL
Ambulatoire-Forest asbl	Dune ASBL - CLIP	MDM Belgique (Médecins Du Monde)
Après ASBL	Entr'aide des Marolles	Modus Vivendi ASBL
Autrement ASBL	Eurotox (Observatoire socio-épidémiologique alcool drogues en FWB)	Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles
Babel	Ex Aequo ASBL	Observatoire du Sida et des sexualités
BRAVVO ASBL (Bruxelles Avance Brussel Vooruit !)	FAMD (Fondation pour l'Assistance Morale aux Détenus)	O.R.S ASBL (Office de Réadaptation Sociale ASBL)
Bruxelles laïque	FARES (Fonds des Affections Respiratoires)	PFCSM (Plate-forme de Concertation pour la santé mentale)
Centre Sportif - Commune de Saint-Gilles	FEDITO bruxelloise ASBL (Fédération bruxelloise francophone des Institutions pour Toxicomanes)	Plate-Forme Prévention Sida
CAAP (Concertation des Assoc. Actives en Prison)	FEIAT (Secteur Patronat Toxicomanie)	Projet Lama ASBL
Cabinet de la Ministre de la Santé (COCOF)	FSPST (Fédération des structures psyco-socio-thérapeutiques)	Prospective Jeunesse
Cabinet du Ministre des Affaires Sociales (COCOF)	Groupe parlementaire écolo à la COCOF (mobilité)	RAT ASBL (Réseau d'Aide aux Toxicomanes)
CAL Bruxelles (Centre d'Action Laïque)	Groupe parlementaire écolo à la COCOF (Commission santé)	REDA (réseau Détention et Alternatives)
C.A.P-I.T.I. ASBL	Groupe parlementaire FdF à la COCOF (Commission santé)	Réseau Hépatite C
CATS (Centre d'Accueil et de Traitement Spécialisé, anciennement "Centre d'Accueil et de Traitement du Solbosch")	Groupe parlementaire PS à la COCOF (Commission santé)	Samu social
CBPS (Centre Bruxellois de Promotion de la Santé dans sa mission de Point d'Appui Assuétudes)	IBSR (Institut Belge pour la Sécurité Routière)	SAS (Service d'Accompagnement Social du CPAS de Bruxelles)
Centre Chapelle-Aux-Champs	Infor Drogues	Service Délégué aux Droits de l'Enfance
Cellule francophone Santé Assuétude	Interstices ASBL CHU Saint-Pierre	Services Prévention de la Commune d'Anderlecht, de Molenbeek, de Saint-Gilles, de la Commune d'Ixelles, de Woluwé-Saint-Lambert
Cellule Interministérielle Santé Drogues	La Ligue des Droits de l'Homme	SES ASBL (Service Education pour la Santé ASBL)
Centre médical ENADEN	La Liaison Antiprohibitionniste	Service Public Fédéral Justice (Soins de Santé en Prison et Coordination politique drogues -DG EPI)
Centre Médico Chirurgical Saint-Gilles (SPF Justice)	La M.A.S.S. de Bruxelles (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire)	SPS Forest (Service Psycho-social de la prison de Forest)
CLDB (Coordination Locale Drogues Bruxelles)	La Pièce	Sex & Co (Féd laïque de Centres de plan. familial)
Commission Communautaire Française (Administration Santé)	Le Passage	STIB-MIVB
Commission Communautaire Commune de Bruxelles Capitale (Prévention-Santé)		Tels Quels ASBL
Concertation Bas Seuil		Transit ASBL -LAIRR
		Univers Santé ASBL

