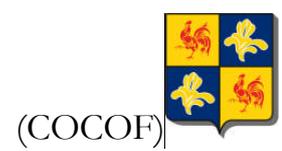




Rapport sectoriel 2012

FEDITO Bxl asbl 55 rue du Président -1050 Bruxelles
Tel : 02/514.12.60 www.feditobxl.be courrier@feditobxl.be

La FEDITO est soutenue par la Commission Communautaire française



1 ° Introduction.

A l'heure de tenter une description de "l'évolution des pratiques professionnelles du secteur", il est nécessaire d'apporter quelques précisions quant à ce que recouvre le terme "secteur assuétudes bruxellois", afin de mettre en contexte et d'évaluer la portée des évolutions que nous notons dans les caractéristiques de nos usagers et des dispositifs des Services Actifs en Toxicomanies (S.A.T.). La principale caractéristique des membres du secteur, hormis le fait d'avoir des activités principalement tournées vers le phénomène des addictions, c'est la diversité.

Cette diversité représente pour beaucoup une richesse et une adaptation logique afin de répondre au mieux à un phénomène complexe, multiforme et évolutif. Le revers de la médaille est peut-être la difficulté à fédérer et se mobiliser sur des thématiques communes. Par rapport à l'exercice demandé par notre pouvoir de tutelle, soulignons la difficulté à identifier une ou plusieurs tendances qui concerneraient l'ensemble des membres. Si des tendances claires existent comme nous le verrons, elles ne concernent pas forcément l'ensemble du secteur.

1.1 Diversité dans les activités

Les 21 membres de la FEDITO, répartis sur 30 sites à Bruxelles, déploient une multitude d'activités et de projets spécifiques. Le socle commun entre membres est par conséquent parfois très limité. Sans prétendre à l'exhaustivité, reprenons en vrac les projets de liaison avec l'hôpital et de soutien de son personnel médical (Interstices, Addiction), deux centres de documentation (Infor-Drogues, Prospective Jeunesse), deux projets d'accompagnement et d'information des détenus toxicomanes à titre principal (C.A.P.-I.T.I., L'Ambulatoire-Forest), des projets à bas seuil d'accessibilité (MASS, Projet Lama, Transit), ou avec une spécificité double diagnostic (Babel, Centre médical Enaden), deux équipes de travailleurs de rue (DUNE, Transit), une ligne téléphonique pour une information du public (Infor-Drogues), un acteur de référence et de soutien méthodologique en Réduction des Risques (Modus Vivendi), un centre de jour, un centre de crise et un centre de court séjour (centre médical Enaden), deux comptoirs d'échange de seringues (DUNE, Transit), une communauté thérapeutique (C.A.T.S.), deux projets d'appartements supervisés pour (ex-)usagers (projet Hestia, Transit), un projet de soutien à la parentalité (Alizées-Interstices), un réseau de soutien et de formation de médecins généralistes (R.A.T.), un projet spécifique sur les addictions comportementales (Le Pélican), un projet spécifique de réinsertion par le sport (La Trace), un projet spécifique tabac (FARES), de prévention en milieu scolaire (P.A.A. du CLPS de Bruxelles) ou autour de l'hépatite (Réseau Hépatite C), ...

1.2. Diversité dans les objectifs des institutions

Au delà d'objectifs généraux de bien-être, d'insertion sociale et de promotion de la santé des consommateurs que l'on peut considérer comme transversaux, les différents S.A.T. ont, forcément, des objectifs adaptés aux activités déployées. Il n'y a pas de sens, par exemple, à comparer des dispositifs de formation de professionnels à ceux des services à "bas seuil d'accès" visant à atteindre les plus désinsérés en vue de leur fournir une aide adaptée.

Le sous-secteur "prévention-promotion de la santé" a par exemple un objectif général d'élever le niveau de connaissance général de notre société sur la problématique visée. Certains objectifs plus spécifiques sont par exemple d'éduquer, sensibiliser, prévenir les

consommations problématiques de différents groupes, former différentes catégories de professionnels, élaborer et diffuser un discours plus cohérent sur les drogues, ...

Le sous-secteur "bas seuil d'accès", qui tente de supprimer toutes les barrières et les filtres divers qui empêchent l'accès aux dispositifs socio-sanitaires à ceux qui en ont le plus besoin, vise donc en priorité à entrer en contact avec des personnes en situation de grande précarité, à stabiliser leur état de santé, pour ensuite envisager d'autres étapes et/ou orienter des toxicomanes vers d'autres structures spécialisées ou généralistes santé/social lorsque c'est possible.

Différents acteurs curatifs, avec ou sans dispositif médical, visent à soutenir et accompagner les usagers dans le cadre d'un traitement ou d'un sevrage, ...

1.3. Diversité des publics-cibles

Publics d'usagers, occasionnels ou réguliers, problématiques ou non, usagers incarcérés, avec une problématique de double diagnostic, population générale à informer et sensibiliser, parents ou entourage à soutenir, ...

Publics de professionnels pour le soutien et/ou formation de différentes catégories de travailleurs en contact avec les usagers de drogues : médecins généralistes, personnel hospitalier, acteurs de l'enseignement, aide à la jeunesse, ...

Publics de consommateurs actifs non demandeurs de soins, en vue de leur information et de la réduction des risques et des méfaits liés à l'utilisation de produits psychoactifs.

Usagers en situation de grande précarité, en situation illégale, sans couverture sociale, ...

Usagers en demande de sevrage physique, d'aide administrative, ...

1.4. Diversité des structures, des financements et des cadres administratifs

Les structures varient logiquement en fonction des missions et des publics.

Il n'existe pas de cadre commun, de socle commun minimum à l'ensemble des services membres de la FEDITO. Même entre les différents services agréés par la CoCoF, on constate des disparités importantes, fonction du nombre et du type de missions reconnues au service, du nombre d'antennes, ...

Le(s) secteur(s) toxicomanies bruxellois subi(ssen)t les répartitions de compétences peu cohérentes qui se sont accumulées au fil des réformes de l'Etat belge. Les politiques de santé sont aujourd'hui éclatées entre les niveaux fédéral, régional et communautaire, et entre les commissions communautaires à Bruxelles...

Notre champ professionnel étant marqué par l'illégalité des pratiques de nos publics-cibles, le champ "sécuritaire" soutient également des projets dans le domaine des addictions (PSSP). Rappelons que cette criminalisation des usagers de drogues aboutit selon nous à une sanction pénale d'un problème de santé, sanction équivalente à une double peine et n'ayant aucune vertu préventive ou curative. Un autre effet pervers de cette criminalisation est l'accès difficile, aléatoire, à discrétion, des usagers de drogues aux dispositifs socio-sanitaires non spécialisés.

Le montage institutionnel bruxellois, complexe s'il en est avec les commissions communautaires qui s'ajoutent aux compétences fédérales, communautaires et régionales, s'ajoute à ces répartitions de compétences arbitraires dans le cadre d'une problématique à l'intersection des champs professionnels santé-social-sécurité.

S.A.T. agréés ou réseau santé de la CoCoF, conventions de revalidation fonctionnelle toxicomanies INAMI, services de prévention de la Communauté Française, Plans Stratégiques de Prévention et de Sécurité, projets pilotes du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes, ... Les Affaires Sociales (CoCoF et fédéral) qui financent également certains projets spécifiques s'ajoutent aux principaux bailleurs de fonds qui organisent le secteur.

Cette diversité a mené les membres de la FEDITO vers une réflexion sur la nature du secteur. Qui sommes-nous ? Que (ne) faisons-nous (pas) ensemble ? Sommes-nous les acteurs "CoCoF" ? Les acteurs santé (francophones) drogues ? Les acteurs spécialisés dans le domaine toxicomanies ? Réflexion existentielle, enrichissante, et inaboutie à ce jour.

Ces préalables nous paraissent indispensables pour comprendre la complexité du secteur, et le fait que le constat ou la vérité de l'un n'est pas toujours celui/celle de l'autre, que les priorités peuvent varier, que les évolutions constatées diffèrent, voire peuvent sembler contradictoires.

2° Description de l'évolution des pratiques professionnelles du secteur.

2.1. Surcharge administrative plus contraignante

Si le travail administratif n'est pas une pratique "spécifique", les services membres, qu'ils dépendent de la CoCoF ou des autres pouvoirs de tutelles qui nous organisent (FWB, INAMI, Intérieur), sont logiquement amenés à remplir une série d'obligations administratives. Ils pointent la tendance à une augmentation et une complexification des tâches administratives imposées ou concertées.

Cette surcharge se constate à deux niveaux différents :

- **Les obligations administratives vis-à-vis des pouvoirs organisateurs** : démarche DEQ, DEQ-T, rapports sectoriels, cadastre, programmation, ... exigent une contribution des professionnels, au détriment du temps dédié au développement et au suivi des missions "de terrain" de ces opérateurs.

Vu que la majorité des S.A.T doivent dépendre de plusieurs sources de financement pour mener à bien leurs missions, ces financements multiples impliquent ... des cadres administratifs et des obligations administratives multiples à ce niveau.

- **L'accompagnement des usagers dans leurs démarches administratives, démarches de plus en plus lourdes, complexes.** Cette lourdeur s'explique d'une part par la situation de plus en plus précaire d'une partie significative de nos publics (migrants, barrière de la langue, absence de couverture sociale et/ou situations administratives inextricables, ...), et d'autre part le renforcement d'exigences constaté pour l'accès d'un réseau socio-sanitaire généraliste, ambulatoire et autres, passablement saturé dans notre région. Saturation et exigences renforcées à l'accès, en particulier pour le public "toxico", suspect "à priori", impliquent pour nos professionnels de redoubler de patience et de persévérance pour orienter nos bénéficiaires, et leur permettre de bénéficier à nouveau de leurs droits.

2.2. Précarisation des services spécialisés bruxellois

Soulignons au préalable le renforcement du budget global consacré aux assuétudes qui dépasse la simple indexation dans le budget de la CoCoF au cours de la décennie écoulée.

Cette augmentation ne suffit pas à contrer un sentiment de précarisation bien présent auprès de nombreux S.A.T. Les S.A.T. dépendant uniquement de la CoCoF sont objectivement dans une situation financière difficile, vu la taille trop réduite de l'équipe de base CoCoF et des frais de fonctionnement alloués : Santé & Entreprise (fermeture en 2012), L'Ambulatoire-Forest, La Trace, le R.A.T, Le Pélican, ... Si certaines situations ont pu récemment s'améliorer grâce à des cofinancements, le cadre financier minimal CoCoF trop étroit a impliqué ou implique encore une claire précarité financière pour ces opérateurs.

Cette précarité a une influence directe sur la qualité de travail des services qui doivent consacrer une partie non négligeable de leur énergie à assurer leur survie. Cet extrait de rapport d'activité résume cette situation : *"Nous citons comme extrêmement prégnante et encombrante, cette difficulté que nous vivons maintenant depuis de longues années, d'une situation financière très difficile et d'un déficit qui s'accumule, à la fin de l'introduction à notre bilan l'année dernière déjà. Et Il faut reconnaître que la plus grande partie de notre "énergie libre", cette année, a été consacrée à tenter d'élaborer des pistes de solutions pour ce problème."*¹

Cette précarité/précarisation, notamment due à une structure trop réduite, prend des allures plus "brutales" avec la fermeture récente de l'asbl Santé & Entreprise : *"La directrice de l'asbl retrace le fil qui a rapidement mené à décision de fermer l'asbl Santé & Entreprise. Les motifs principaux sont la demande de formation en diminution dans les entreprises, et un C.A. désinvesti. La petite structure de S & E, plus sensible à ces éléments et plus en proie à la concurrence d'opérateurs en formation privés que d'autres acteurs du secteur actifs dans les domaines "éducatifs-sociaux", a dû opter pour une fermeture volontaire. Cette fermeture, en plus des aspects sociaux qu'elle implique, signifie que le secteur perdra sa porte d'entrée dans le monde de l'entreprise s'il n'est pas possible de créer un "pôle entreprise" dans un autre service spécialisé, afin de garder les supports et le savoir-faire acquis au sein de l'asbl. La question du transfert de compétences et de matériel est abordée et relai est fait aux membres du C.A. de cette éventualité... La fermeture de l'asbl devrait avoir lieu en mars 2012."*²

Soulignons également au niveau de la CoCoF la diminution programmée de la plage horaire de la ligne téléphonique d'Infor-Drogues, ce qui constitue un recul très symbolique pour le secteur, vu l'ancienneté et la visibilité de ce service.

Précarisation des opérateurs F.W.B. :

La Communauté française dont dépend le sous-secteur "prévention/promotion de la santé/RdR" (Infor-Drogues, Prospective Jeunesse, Modus Vivendi, FARES, Univers Santé, CLPS) mène une politique de "budget à enveloppe fermée" depuis de nombreuses années. Cette politique et le manque d'indexation équivaut à une diminution annuelle du budget disponible pour remplir les missions des associations, ce qui amène à une réduction

¹ R.A. du R.A.T., 2010.

² P.V. de l'A.G. de la FEDITO du 16 décembre 2011.

progressive du temps de travail et des frais consacrés à ces projets. Cette diminution est partiellement objectivée par la dernière étude "Politique drogues en chiffres" :

Tableau 3 : Comparaison des dépenses publiques liées aux drogues illégales avec des clés de répartition semblables : 2004 versus 2008

	2004		2008	
Prévention	12.294.733	3,72 %	11.412.257	2,91 %
Assistance	130.909.594	39,58 %	133.557.858	34,05 %
Réduction des risques	min. 340.628 ⁵	0,10 %	2.329.752	0,59 %
Sécurité	186.038.337	56,24 %	243.000.490	61,96 %
Autres	1.190.329	0,36 %	1.890.813	0,48 %
Total	330.773.622	100 %	392.191.170	100 %

*"Prévention : En premier lieu, les dépenses publiques totales pour la prévention ont baissé de 7,18%. Cette baisse a principalement été enregistrée au niveau communautaire et au niveau régional (communauté française et CoCoF). Les subventions pour la 'prévention des assuétudes' de la Communauté française ont baissé de 10%. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la baisse des dépenses se situe à la CoCoF. Elle est due à un changement sur le plan du contenu des activités, car en 2008, les 14 services subventionnés se sont davantage consacrés à l'assistance au lieu de la prévention."*³

Précarisation au niveau fédéral :

- La coordination assuétudes bruxelloise, logée à la P.F.C.S.M. a perdu le **31 décembre 2012**, 1/2 ETP de financement du S.P.F. Santé Publique pour le projet pilote "coordination assuétudes".
- Au Fonds de lutte contre les assuétudes : fin des financements le **31 décembre 2012** des projets FEDASIL et Riboutique, sans financement alternatif.
- S.P.P. Intégration sociale, fin du financement au **31 décembre 2012** du dispositif infirmier de l'asbl DUNE permettant de fournir des soins aux usagers de drogues les plus précarisés fréquentant le comptoir d'échanges de seringues pour motif de "compétences usurpées". La CoCoF s'est heureusement engagée à maintenir ce projet.

A côté de ces éléments objectifs qui, lorsqu'ils sont mis l'un à côté de l'autre, révèlent une situation tendue, le sentiment de précarité ou d'inconfort dans le travail est également dû au fait que nos opérateurs manquent de leviers utiles pour répondre aux problématiques auxquelles ils sont confrontés et sont supposé "répondre". Ils ne peuvent s'attaquer qu'aux symptômes (prise de produit psychoactif inadaptée, dépendance) et très rarement résoudre les causes à l'origine des situations difficiles de nos usagers (exclusion, précarité, ...). N'ayant pas prises sur les déterminants socio-économiques et les facteurs favorisant inégalités et exclusions en amont, et amenés à "écoper" en aval, nos professionnels jouent le rôle de "rustines sociales" sans pouvoir de changement de la situation.

³ Politique des drogues en chiffres III, Dir. B. De Ruyver, U. Gent, 2011.

2.3 Incertitude quant à la forme du/des secteur(s) dans un avenir proche

La structuration générale du/des secteur(s) dans un avenir proche reste très incertaine. La sixième réforme de l'Etat a entériné le transfert des **conventions de revalidations fonctionnelles toxicomanies de l'INAMI** (Centre médical Enaden, M.A.S.S. de Bxl, Projet Lama, C.A.T.S., La Pièce) et du Fonds de lutte contre les assuétudes aux entités fédérées, sans que l'on sache, concernant la Région bruxelloise (voir annexe 1) :

- quand aura lieu le transfert ;
- qui sera responsable des compétences transférées (CoCoF ou COCOM, les deux, ...) ;
- selon quels critères les budgets seront répartis entre entités ;
- selon quelles procédures d'arbitrage seront ventilés les budgets prochainement transférés.

L'incertitude est grande également quant au maintien du financement des **Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention (P.S.S.P.)** qui jouent un rôle essentiel à Bruxelles pour le secteur assuétudes. Ces P.S.S.P. sont reconduits de six mois en six mois depuis plusieurs années et pourraient également être rétrocédés aux régions sans que la décision soit ferme ou officielle. A côté des services communaux financés par ce biais, le centre Transit est l'unique structure assurant un accueil de crise inconditionnel. Sa fermeture poserait des problèmes insolubles pour le secteur toxicomanies et le secteur des maisons d'accueil en RBC.

Du côté de la **F.W.B.** (voir annexe 2) également *"depuis ce printemps 2011, en F.W.B., le monde des acteurs liés de près ou de loin à la « promotion de la santé » est inquiet quant à ses perspectives d'évolution et à la possibilité de maîtrise de son développement. Un projet ministériel envisage d'ici juin 2012 la rédaction d'un nouveau « Code de la santé » et la mise en place d'un « organisme opérationnel de promotion de la santé ». Cet organisme de pilotage rassemblerait les différentes fonctions opérationnelles de la santé aujourd'hui assurées par divers opérateurs : observation, recherche, documentation, communication, coordination, animation, organisation des dépistages et de la vaccination et évaluation. Les services communautaires de promotion de la santé, ..., les observatoires thématiques ainsi que certaines asbl sont concernés par cette réorganisation. Au départ de ce projet : une « Évaluation des dispositifs de politique de santé », confiée à deux bureaux de consultance externe. ..."*⁴

*"Le plan quinquennal de promotion de la santé en F.W.B. 2004-2008 a été prolongé plusieurs fois, par à-coups, en l'attente de la publication d'un nouveau code de la santé, en travail au cabinet de la ministre en charge de ces matières. Le code en question se faisant attendre, le plan quinquennal précédent est ainsi peu à peu devenu une sorte de plan décennal qui ne dit pas son nom."*⁵

Actuellement le projet de réforme semble gelé et postposé à la prochaine législature, laissant les acteurs de terrain dans l'expectative et dans l'incertitude sur l'avenir à moyen terme (post 2014) ...

Réforme de l'ambulatoire CoCoF, sixième réforme de l'Etat en cours et défédéralisation des conventions de revalidations fonctionnelles toxicomanies INAMI, incertitude sur l'avenir des P.S.S.P. dépendant du ministère de l'Intérieur, précarité financière et réforme avortée en

⁴ Revue de Prospective Jeunesse. N° 61 <http://www.prospective-jeunesse.be/La-sante-partout-et-par-tous>

⁵ Eurotox : l'usage de drogues en FWB 2011-12. p. 29.

F.W.B., les opérateurs de terrain ont, ces dernières années, eu plus que leur part de situations anxiogènes parfois provoquées inutilement.

2.4. Quelques tendances dans l'offre

2.4.1 Accessibilité :

L'accessibilité est la raison d'être première du secteur assuétudes. Le secteur s'est construit parce que les usagers de drogues étaient (et restent) plus perçus comme des criminels responsables de leur situation que comme des patients pouvant être aidés et de ce fait, exclus des structures socio-sanitaires non spécialisées.

Sur base du constat que de nombreux usagers cumulent problèmes de consommation et situations socio-économiques très précaires, l'abaissement du seuil d'accès aux structures d'aide vise à toucher les catégories les plus marginalisées et par conséquent doublement exclues (consommation et absence de couverture sociale) des dispositifs socio-sanitaires généralistes.

Le "bas seuil d'accessibilité" constitue donc le prolongement "naturel" de nos actions. Il faut ici souligner le "succès de foule" du sous secteur bas seuil, ce qui indique que cette offre est particulièrement adaptée, et/ou que nous assistons à une précarisation de nos publics. La M.A.S.S. de Bruxelles (INAMI), le Projet Lama (INAMI, CoCoF) et le centre Transit (Intérieur, régional) constatent une augmentation croissante de leurs files actives et sont aujourd'hui saturés.

Cet afflux continu diminue grandement le confort de travail des équipes et pose la question du soutien/renfort de ces structures, ou de l'abaissement du seuil d'accès des autres structures spécialisées et non spécialisées pour s'adapter à la réalité actuelle et résoudre un problème d'équité qui se pose au sein du secteur. Peut-on préserver des cadres thérapeutiques de qualité, ne s'adressant qu'aux affiliés en ordre administratif, alors que certaines institutions prennent en charge de façon systématique les personnes les plus désinsérées et les cas les plus difficiles ?

Le centre Transit, par ailleurs menacé quant à son avenir, a par exemple, pour la première fois depuis son ouverture, été contraint de mettre un filtre à l'accès à son centre, vu la file active trop importante pour la capacité de la structure. Le centre qui dispose de 21 lits pour un accueil d'urgence inconditionnel, a vu sa file active passer de 524 personnes en 2011 à 628 personnes en 2012. Personne évidemment ne se réjouit de ce succès... Dans l'attente de solutions, face à cet engorgement, les services "bas seuil" doivent aujourd'hui déroger à leur mission.

Soulignons que, si la situation est particulièrement pénible pour le sous secteur bas seuil, les autres S.A.T. sont également "victimes de leur succès" : *"Au mois de mai, nous avons constaté que l'afflux de nouveau patients devenait pratiquement ingérable. En lien avec la saturation des consultations, nous avons décidé, pour la première fois dans l'histoire de Babel, de bloquer les nouvelles demandes pour une durée d'environ cinq mois. Nous avons, après réflexion, préféré cette solution plutôt que l'instauration d'une « liste d'attente »"*⁶

⁶ R.A. 2010, Projet Babel-L'équipe.

2.4.2 Réduction des Risques⁷ :

La Réduction des Risques liés aux usages de produits psychoactifs fait également partie de l'identité du secteur, et représente un des principaux piliers d'interventions à côté de la prévention et du secteur curatif. Ces stratégies s'articulent, s'interpénètrent et se renforcent mutuellement. Ce pilier d'intervention souffre pourtant du manque de reconnaissance et d'un cadre légal adapté.

La Réduction des Risques est l'objet d'une attention grandissante et est aujourd'hui au centre de nombreuses discussions et débats pour lesquels nous sommes régulièrement sollicités. Le lobbying est devenu une facette importante de cette pratique professionnelle... Cette attention ne se matérialise pas encore en soutien politique et financier concret, et ne compense actuellement pas le manque de cadre législatif clair pour ces stratégies et le sous-financement structurel dont elles pâtissent. Espérons que cet investissement chronophage à court terme sera payant à moyen et long terme.

Rappelons la difficulté de maintenir aujourd'hui à Bruxelles une série de dispositifs en RdR :

- la réédition de brochures d'information est fastidieuse, voire aléatoire vu l'absence de ressources propres et l'absence de budget prévu pour ce faire ;
- baisse de la couverture du dispositif Stérifix visant à assurer la pourvoyance du matériel d'injection en pharmacie vu le sous financement du dispositif ;
- analyse de produits psychoactifs toujours à l'état embryonnaire, expérimental malgré dix ans d'existence et deux évaluations positives ;
- manque de structures d'échanges de seringues et financement insuffisant pour l'achat de matériel stérile d'injection pour approvisionner les comptoirs d'échange.

Dans ce domaine, grande difficulté de mettre en place des dispositifs "innovants", à savoir des dispositifs qui démontrent déjà depuis longtemps leur efficacité dans les pays qui les ont mis en place et se justifient à Bruxelles aujourd'hui :

- des bornes d'échanges de seringues pour assurer la pourvoyance de matériel stérile ;
- des salles de consommation à moindre risques sous supervision médicale⁸ ;
- des dispositifs mobiles qui permettent d'aller à la rencontre des usagers les plus précarisés sur leurs lieux de vie et d'avoir une meilleure couverture géographique en région bruxelloise.

Dans ce domaine pour une information plus complète, nous renvoyons le lecteur aux auditions de différents acteurs bruxellois réalisées par la commission santé du Parlement francophone bruxellois en 2011-2012 et disponibles à la FEDITO.

⁷ La réduction des risques (RdR) constitue à l'origine une stratégie de santé publique dont les différents programmes visent à prévenir ou limiter les dommages liés à l'utilisation de produits psychoactifs. Actuellement cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. Les programmes de RdR concernent tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, modérés, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que ces stratégies visent à réduire. La RdR se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. Les stratégies de RdR ne peuvent avoir toute leur efficacité que si elles s'articulent avec les stratégies de soins et de resocialisation. - Abécédaire des secteurs assuétudes, FEDITO bruxelloise et wallonne, 2012.

⁸ Voir à ce sujet : <http://reductiondesrisques.be/dispositifs/salles-de-consommation>

2.4.3 Développement d'une offre par produit et d'une offre pour les addictions comportementales :

Plusieurs offres spécifiques "par produit" ont émergé ces dernières années :

- Cannabis : Cannabis Clinic (Brugmann) et Réseau Cannabis (Interstices et co via le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes) ;
- Alcool : Aide-alcool en ligne (Le Pélican via le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes), groupe porteur jeunes et alcool (F.W.B.) ;
- Internet et jeu (<http://www.aide-aux-joueurs.be/accueil>) ;
- Mise en place d'un Fonds Tabac fédéral parallèlement à la mise en place du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes.

2.4.4 Difficulté pour l'orientation/relais vers le social-santé généraliste :

Voir supra 2.1., la difficulté d'orienter nos patients complique et alourdit considérablement les missions d'accompagnement et de réinsertion des S.A.T., elle peut même réduire à néant un long travail effectué avec un usager.

Cette difficulté est en partie provoquée par la saturation de la capacité d'accueil du réseau psycho-social (ambulatoire, hôpitaux psychiatriques, logements sociaux, maisons d'accueil, ...). Face à cette situation, certaines structures choisissent de durcir leurs conditions d'admission, par exemple, en demandant un réquisitoire du CPAS pour accéder aux services offerts. Cette saturation généralisée peut avoir des conséquences imprévues : une des conséquences du manque de place en maisons d'accueil est le repli des usagers sur les structures de soins en résidentiel... Afin d'avoir un toit, les usagers "décident" d'entamer une cure ou une hospitalisation, ce qui est peu productif et s'avère coûteux pour la collectivité.

Saturation est également synonyme d'augmentation des délais d'attente. Pour le CPAS, par exemple, l'augmentation du délai entre la demande et l'obtention d'une aide, ralentit d'autant plus le parcours de réinsertion de l'usager.

2.4.5 Augmentation des suivis sous contrainte :

Les acteurs de terrain actifs avec les justiciables constatent la banalisation de l'injonction thérapeutique dans différents secteurs (violence, délinquance sexuelle, ...), et l'obligation de plus en plus répandue de consulter un psychiatre, ce qui implique un autre mode de fonctionnement avec l'usager.

3° Analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur.

Le recueil de données, outil de base pour analyser les évolutions de ce type a été confié par les Ministres de la santé COCOM à la Plate-forme de concertation mentale bruxelloise (PFCSMB) et sa coordination assuétudes en 2011, suite à la dissolution de l'asbl CTB-ODB. Le processus de mise en place d'une concertation des fournisseurs de données afin de pouvoir travailler et analyser les données récoltées pour donner une vision de ce qui se passe dans les S.A.T. est long à démarrer. En plus de l'impossibilité de présenter des chiffres actualisés, cet

immobilisme risque de provoquer un "trou" dans la récolte de données en RBC dans notre secteur.

L'asbl Eurotox joue le rôle d'observatoire épidémiologique et publie sur base annuelle son rapport sur l'usage de drogues en fédération Wallonie-Bruxelles. Ce rapport reprend les tendances d'utilisation de produits psychoactifs sur base des chiffres et des études disponibles.⁹

Le manque de vue d'ensemble pour la FEDITO réduit notre contribution à nos constats "empiriques", qui n'en restent pas moins pertinents.

3.1. Polyconsommations : de plus en plus de produits utilisés et plus d'attention sur les addictions comportementales

La polyconsommation n'est pas à proprement parler une tendance, cette caractéristique étant avérée de longue date chez nos usagers, mais elle s'accroît. Les utilisateurs d'un seul produit sont extrêmement minoritaires dans les services, la polyconsommation (drogues illicites + alcool + médicaments psychotropes) est quasi généralisée.

Le secteur toxicomanies, historiquement tourné vers l'aide et la prise en charge des usagers de drogues illicites et en particulier d'opiacés, élargit sa palette d'offre vers l'ensemble des assuétudes (drogues licites et illicites) et les addictions sans produits (jeu, internet, ...) cf. supra.

Un point d'attention récent est celui des "legal highs", à savoir des drogues de synthèse disponibles sur internet, que tout un chacun peut acheter en ligne légalement.

Les fabricants de ces molécules précèdent la législation en matière d'interdiction de production et de commercialisation de stupéfiants de façon systématique en modifiant légèrement la structure du produit dès que celui-ci est interdit, sans en modifier les effets pour le consommateur, pouvant continuer à écouler leurs produits via internet en toute légalité... ou "comment interdire un produit qui ne l'est pas encore ? "

3.2. Précarisation de nos publics et situations plus complexes

Précarisation qui se marque en particulier aux niveaux des services à bas seuil d'accès. Cette désinsertion est renforcée par la crise du logement qui complique (très) singulièrement la resocialisation et empire la situation de saturation des services résidentiels "cures" et post-cures" (report des départs des bénéficiaires qui ne parviennent pas à trouver un logement dans le parc locatif privé).

Durcissement des mécanismes de contrôle des institutions prévues pour aider cette population précarisée (CPAS, logements sociaux, ORBEM, ...).

On assiste à un phénomène, relativement marginal mais significatif de ce qui se passe, de "faux patients" ou des personnes en situation illégale se font passer pour toxicomanes pour bénéficier d'une carte médicale (attestant de la présence sur le territoire) et obtenir aussi un répit : douche, chaleur, accueil, café, ... Sans commentaire.

⁹ http://www.eurotox.org/images/stories/docs/rcf_2011-2012_web.pdf

Une migration "intra-européenne" semble également en cours et demanderait à être objectivée, avec des usagers espagnols, polonais et grecs principalement, avec des statuts touristiques, d'où la difficulté à leur venir en aide.

3.3. Vieillessement des populations d'usagers "opiacés toxicomanes"

De plus en plus de "vieux" patients fréquentent les institutions de soin, des personnes qui sont passées entre les gouttes de l'épidémie de SIDA et des autres risques liés à leur usage. Ces quadras ou ces "quinquas" sont passablement abîmés par leur parcours de vie, mais n'ont pas l'âge requis pour être en maison de repos. D'ailleurs, il n'est pas certain qu'ils puissent s'adapter facilement aux maisons de repos "traditionnelles" qui n'aménageraient pas un minimum leur règlement... Une réflexion devra se tenir dans un futur proche sur la manière la plus appropriée d'accompagner ces vieux consommateurs.

3.4. Demandes de mineurs en augmentation

On constate une augmentation de mineurs dans certains services bas seuil, qui pose de nombreuses questions aux opérateurs de terrain qui ne sont pas forcément bien outillés pour recevoir des mineurs consommateurs dans des conditions optimales. Faut-il pour autant un service spécifique, ou vaut-il mieux former les opérateurs dont le métier est l'accueil de ces catégories d'âge ?

4° Analyse de l'adéquation de l'offre des services et du secteur avec ces problématiques de santé.

La FEDITO peut pointer les manques actuels les plus criants dans le dispositif spécialisé :

- L'hospitalisation rapide de patients dans les situations de crise reste très difficile (manque et saturation des lits psychiatriques, à noter que la réforme de la psychiatrie va à l'encontre des besoins de notre secteur) ;
- Manque de comptoir d'échanges pour usagers injecteurs de drogues, actuellement seulement DUNE et Transit en région de Bruxelles capitale, alors que Transit n'est pas financé pour le faire (P.S.S.P). Par ailleurs, les usagers qui vont à DUNE ou à Transit pour l'échange de seringues sont dans leur grande majorité dans des lieux de vie proches des structures ;
- Maisons d'accueil : pas de place. De plus en plus, des maisons non agréées pallient à ce manque, dans des conditions d'accueil très variables ;
- Existence systématique de listes d'attentes dans les centres de crise et de court séjour, révélatrice du manque de lits en région bruxelloise ;
- Manque de place dans les structures "post-cures" comme les appartements supervisés (Hestia, Transit) systématiquement saturés et que les bénéficiaires ne quittent que très difficilement vu la crise du logement à Bruxelles ;
- Effet entonnoir des patients exclus/non acceptés ailleurs vers les centres à bas seuil aujourd'hui saturés. La M.A.S.S. de Bruxelles en surcapacité, accueille une proportion d'usagers sans couverture assurantielle, sans domicile fixe et/ou sans statut, ce qui ajoute à la pénibilité du travail et aux difficultés d'orientation et de relais pour les patients stabilisés ;

- Renforcement nécessaire de l'accompagnement et du métier d'accompagnateur social, qui pourrait être mutualisé entre différents services ;
- Mise en place de salles de consommation à moindre risques (SCMR) dans le quartier de Ribaucourt.

5° Conclusion :

Enfin, en guise de conclusion, comme pour toutes les autres « disciplines » du secteur socio-sanitaires, la prise en compte des déterminants socio-économico-écologiques de l'usage de drogues est largement déficitaire aujourd'hui pour comprendre, et surtout remédier aux enjeux que nous affrontons. Cela a pour conséquence de faire porter sur le seul secteur santé un poids démesuré dans la gestion de ces problèmes largement « symptomatiques » des « maladies » de la société. Dès lors, les actions de santé (de la prévention aux soins), véritables « rustines » sociales mais humainement incontournables, sont rendues plus longues, plus complexes et réclament, en diversité comme en quantité, plus de moyens. Ces remarques sont particulièrement pertinentes pour une grande ville comme Bruxelles, laquelle concentre une série de problèmes caractéristiques des centres urbains (prix des logements, pauvreté importante, flux de populations, ...).

6° Annexes :

Annexe 1

Edito brèves de comptoir (septembre 2012) : La régionalisation des compétences "santé drogues". Où allons nous ?

Bonne rentrée ! Au début d'une année bien copieuse, voici un petit hors-d'œuvre institutionnel. La question est de savoir où et comment vont s'organiser, dès 2014 ou 2015, les nouvelles compétences drogues rétrocédées du fédéral.

La réforme de l'Etat qui s'organise en coulisses aura un impact profond sur les secteurs assuétudes. Les conventions de revalidation fonctionnelles de l'INAMI (Institut National Assurance Maladie Invalidité) vont être rétrocédées. Les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (M.A.S.S.), les communautés thérapeutiques et autres grosses unités médicalisées tomberont dans l'escarcelle des entités fédérées. Mais voilà, on ne sait toujours pas, côté francophone, quel niveau obtiendra cette tutelle, avec quels budgets, et selon quelles modalités d'arbitrage ces budgets seront alloués et utilisés.

Dans l'attente d'être rassurés ou de monter aux barricades, voici les principales questions aujourd'hui sans réponses :

Régions ou Communauté ?

Qui va recevoir ces compétences ? Ces matières, dites personnalisables, sont en théorie du ressort des Communautés... Il est cependant probable que la Communauté française, par souci de cohérence ou d'économie, transfère directement cela à la Région wallonne pour les projets wallons. Pour Bruxelles, c'est plus compliqué : la tutelle pourrait passer à la CoCoF (francophone) ... ou à la COCOM (bilingue), avec des conséquences bien différentes selon le choix !

Après avoir "relogé" ces compétences, il restera à définir les mécanismes d'arbitrages adéquats pour éviter que les budgets reçus ne soient distribués de façon trop arbitraire par le politique. Il ne s'agit donc ni plus ni moins que de recréer une institution jouant le rôle de l'INAMI. La mise en place de cet organe au niveau francophone sera probablement d'une grande complexité.

Ces reconfigurations faciliteront-elles la reconnaissance de la RdR comme un pilier des politiques de santé drogues dans un cadre légal simplifié ? On peut raisonnablement espérer que l'effacement progressif du fédéral poussera les entités francophones à se responsabiliser et préciser leurs objectifs dans ce domaine. Cela peut difficilement être pire, serait-on aussi tenté de dire... Ceci étant, le cadre légal sera toujours largement dépendant du niveau fédéral, l'Intérieur financera encore une série de projets drogues, ... Tout cela nous assure encore de longues séances de concertation à l'avenir !

Ludovic HENRARD

Annexe 2

La santé partout et par tous

Plaidoyer pour une politique exigeante

> Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Introduction

Ne le cachons pas : depuis ce printemps 2011, en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), le monde des acteurs liés de près ou de loin à la « promotion de la santé » est inquiet quant à ses perspectives d'évolution et à la possibilité de maîtrise de son développement. Un projet ministériel envisage d'ici juin 2012 la rédaction d'un nouveau « Code de la santé » et la mise en place d'un « organisme opérationnel de promotion de la santé ». Cet organisme de pilotage rassemblerait les différentes fonctions opérationnelles de la santé aujourd'hui assurées par divers opérateurs : observation, recherche, documentation, communication, coordination, animation, organisation des dépistages et de la vaccination et évaluation. Les services communautaires de promotion de la santé, les centres de référence pour le dépistage, les observatoires thématiques ainsi que certaines asbl sont concernés par cette réorganisation. Au départ de ce projet : une « *Évaluation des dispositifs de politique de santé* », confiée à deux bureaux de consultance externe. Depuis juin dernier ce document a été passé au crible de la critique, ferme, mais constructive, tant dans une instance officielle comme le Conseil supérieur de promotion de la santé que dans des assemblées ayant mobilisé cet été nombre de représentants dits « du secteur » (essentiellement les organismes subventionnés, mais aussi divers intervenants œu-

vrant dans d'autres cadres budgétaires, tout en se réclamant de la promotion de la santé ou en se situant de fait dans son orbite).

Le présent plaidoyer sert à rappeler aux autorités politiques compétentes les principes incontournables sur lesquels nous souhaitons fonder la réforme de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles pour qu'elle apporte une réelle plus-value en termes de qualité des services offerts.

Notre document rend compte sous une forme compacte des enjeux essentiels de ce débat crucial, que l'« *Évaluation* » commanditée par la Ministre de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles permet utilement de relancer vers les citoyens dans leur ensemble (élus inclus). Une vraie opportunité s'ouvre ici pour les acteurs concernés de faire entendre leur voix et leurs revendications, les principes et les objectifs profonds de la promotion de la santé étant jusqu'ici restés confinés dans une sphère de spécialistes fort compétents, mais peu compris. Cela notamment sous l'influence des représentations dominantes souvent très simplistes, partagées et véhiculées par toutes les strates de la société, concernant les mécanismes fondamentaux de protection et de renforcement de la santé des populations. Ceux et celles qui veulent en savoir plus trouveront plus loin des renvois à une documentation plus complète sur les points de vue en présence. À ce stade en tout

En bref, les lacunes de l'Évaluation

Le malaise domine :

- Pourquoi avoir baptisé « concertation » une méthodologie non homogène et très partielle de consultation de certains organismes, le plus souvent via de simples questionnaires écrits ?
- Comment éviter une vision managériale à court terme des projets de santé et une logique verticale (« top-down »), au risque de brider l'autonomie et la créativité des acteurs ?
- Quid de la brusque incertitude sur les budgets de la santé et l'avenir des travailleurs ?
- Que penser des dysfonctionnements épinglés, mais peu articulés aux expertises et bonnes pratiques existantes, qui sont pourtant des clés pour une réforme de qualité ?
- Quelle place pour une « démocratie sanitaire » où soit valorisé le rôle de vigie des professionnels confrontés aux inégalités et périls croissants de santé (voir l'encadré suivant) ?



Témoigner, plaider, se démarquer, décrypter

En 2003, Jean-Pierre Deschamps, professeur français de santé publique et infatigable héraut-militant du secteur, livrait avec le recul et l'émergence de la mondialisation une puissante « relecture de la charte d'Ottawa » : « *L'interpellation est salutaire, car les professionnels sont aussi des citoyens comme les autres, et surtout parce qu'ils savent. Ce sont eux qui, mieux que d'autres, savent à quel point l'insécurité — la vraie, pas celle que fabriquent les médias et quelques politiques pour mieux rogner la démocratie —, la pauvreté, le chômage génèrent des atteintes terrifiantes au bien-être et à la santé. Les professionnels voient les situations, en identifient les causes. [...] En témoignant [...] ils peuvent aussi être avocats, plaider pour les personnes et les groupes écrasés par leurs conditions d'existence, et constamment rappeler aux décideurs, personnellement ou plus probablement par leurs associations professionnelles, leur responsabilité directe dans la santé des populations. Il ne s'agit pas d'agresser, mais d'expliquer, car beaucoup de responsables, imprégnés du modèle biomédical de gestion de la santé, imaginent de bonne foi que tout est un problème de médecine... Tout n'est justement pas un problème de médecine et les professionnels de santé pourraient même refuser d'intervenir si leur action ne devait être qu'un alibi à la perpétuation de situations dramatiques, une façon de donner bonne conscience aux responsables. [...] N'oublions pas que ce qui est en jeu est le contrôle exercé par les gens sur leur santé. Peut-on contrôler ce que l'on ne connaît pas ou ce que l'on ne comprend pas ? Qui peut décrypter avec les personnes et les groupes, les mécanismes en cause dans l'altération de la santé, sinon les éducateurs de santé ? »*

cas, malgré quelques paroles rassurantes des autorités, le pouls du secteur oscille entre le mode « dubitatif » et le mode « alerte ».

La santé : une ressource et un droit

Toutes les cultures ont élaboré des visions singulières et développé des actes signifiants autour de la souffrance et de son relatif antipode : l'état de confort physique, social, mental. Parmi les définitions les plus modernes, épinglons-en deux : celle du professeur René Leriche « *La santé c'est la vie dans le silence des organes* ». On notera néanmoins que dans une évolution de la santé publique marquée par la prédominance des maladies dégénératives multifactorielles ou à éclo-sion lente, ce poétique « silence des organes » peut s'avérer redoutablement trompeur quant à leur état paisible. Et celle de René Dubos : « *La santé, c'est la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. [...] La santé, c'est un état qui permet à celui qui en jouit de se consacrer pleinement à son ou à ses projets et qui met donc toujours en jeu des forces socioculturelles, non inscrites dans le code génétique* ». Reste la classique définition de la santé élaborée au lendemain de la deuxième guerre mondiale en perspective de la création de l'OMS (voir encadré).

Bien peu savent qu'elle a été essentiellement « le fait de diplomates de grande envergure et de personnes venant d'horizons très divers. [...] La santé était considérée comme un problème central de société et non un problème médical¹ ». C'est sensiblement l'inverse aujourd'hui ! Où est la faille ? Sans doute en partie dans l'expansion galopante du marché des métiers, des infrastructures et des technologies médicales de pointe en matière de diagnostic et de soins, si précieux soient-ils. Mais sans doute aussi dans la constance médiatique et politique avec laquelle on n'a cessé de mettre en avant la seule première phrase de la définition de la santé par l'OMS, au détriment des huit suivantes, dont l'ensemble constitue une charpente solide et lucide quant aux mesures à prendre contre les facteurs de maladies et, plus prioritairement encore, contre les causes fondamentales d'emballlement de ces facteurs pathogènes.

40 ans avant la charte d'Ottawa, tout était quasi dit !

Prologue aux articles de la « Constitution de l'Organisation mondiale de la santé » (signée le 22 juillet 1946 à New York par les représentants de 61 États, entrés en vigueur le 7 avril 1948).

« LES ÉTATS parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.

Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

ACCEPTANT CES PRINCIPES, dans le but de coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples, les Parties contractantes acquiescent à ladite Constitution et établissent par les présentes l'Organisation mondiale de la santé comme une institution spécialisée aux termes de l'article 57 de la Charte des Nations Unies. »

En 2003, à Genève, devant la Commission des droits de l'homme des Nations unies, le rapporteur spécial **Paul Hunt** soulignait ainsi notamment que le droit à la santé : « est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les prestations de soins de santé appropriées en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génétique », mais aussi qu'il « impose diverses obligations avec effet immédiat. Ces obligations immédiates comportent les garanties de non-discrimination et d'égalité de traitement, ainsi que l'obligation de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour la réalisation intégrale du droit à la santé, notamment en élaborant une stratégie nationale et un plan d'action national dans le domaine de la santé publique. La réalisation progressive signifie que les États ont une obligation spécifique et permanente d'avancer aussi rapidement et efficacement que possible vers le plein exercice du droit à la santé ». Et encore qu'il engage d'abord les États, mais aussi la responsabilité de tous : particuliers, collectivités locales, organisations intergouvernementales, ONG, entreprises privées, etc. Pour conclure sur l'interdépendance juridique : « le droit à la santé est étroitement lié à l'exercice d'un certain nombre d'autres droits de l'homme et d'autres libertés fondamentales énoncées dans les principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Il s'agit notamment du droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, du droit de ne pas être soumis à la torture, du droit au respect de la vie privée, du droit de participer, du droit d'accès à l'information, et des droits à la liberté d'association, de réunion et de circulation ».

En suivant ce cadre juridique normatif, il semble que nous pouvons tenir la Fédération Wallonie-Bruxelles responsable de la mise en œuvre, dans un cadre fédéral de santé publique, d'un plan d'action sur les déterminants fondamentaux de la santé. Ce qui renvoie à de nombreuses compé-

tences : politiques d'éducation, d'aide aux parents (crèches, écoles de devoirs), d'emploi, de logement, de sport à bon marché, d'accès à la culture, d'environnement, de mobilité, d'animation de quartier, de jeunesse (notamment le soutien précoce à l'estime de soi). Ce qui renvoie

Soigner les conditions de vie, raboter les inégalités

(Brefs extraits d'une opinion du docteur **Luc Berghmans**, publiée dans *La Libre Belgique* le 28 septembre 2011 et reproduite intégralement dans *Éducation Santé* n° 272, novembre 2011).

Les inégalités sociales de santé sont des réalités bien documentées en Belgique. L'absence de plans ambitieux de l'action publique pour les réduire significativement est préoccupante dans une société où l'égalité des chances est une valeur de référence. On dispose pourtant de multiples études, à l'image des tableaux de bord de la santé en Wallonie, de l'Enquête nationale de santé ou encore des études des mutualités et de la Fondation Roi Baudouin qui quantifient le problème et avancent des pistes de solutions. Quelques chiffres donnent à réfléchir : un écart d'espérance de vie de 7 ans entre classes sociales défavorisées et aisées ; pour l'espérance de vie en bonne santé, cet écart monte à 18 ans ; 50 % de surincidence des maladies cardiovasculaires chez les plus défavorisées, etc. [...]

Le constat est clair : les politiques sociales des dernières décennies ont permis un accès relativement équitable aux soins de santé, mais pas à la santé! [...].

Un scénario, à étudier sérieusement, serait de convaincre les gestionnaires sociaux et professionnels de l'INAMI de consacrer 1 % du budget soins de santé à un investissement en « bons pères de famille » dans la promotion de la santé. Un impressionnant panel d'experts internationaux rappelait récemment dans le *Lancet* que deux tiers des maladies chroniques (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, diabète, hypertension, cancers, troubles mentaux...) ont pour facteurs favorisants communs le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, la consommation excessive de sel et d'alcool. La promotion de la santé est un moyen efficace de lutter contre ces facteurs. Ne pas la prendre en compte spécifiquement dans les réflexions en cours sur le budget INAMI et l'impact du vieillissement serait une erreur de gouvernance.

L'opérationnalisation de cet investissement devrait être confiée aux Communautés/Régions parce que très logiquement c'est en décentralisation et en proximité avec la population que cet investissement structurel a le plus de chance d'être productif. Les communes et provinces devraient être impliquées dans ce dispositif parce que leur proximité avec les citoyens et leur capacité d'action sur le cadre de vie en font des niveaux de responsabilité publique incontournables pour intégrer sur le terrain promotion de la santé, développement durable et cohésion sociale.

aussi à traquer les facteurs de stress délétères (dont une des dimensions les plus pernicieuses est celle de l'aliénation qui consiste à être harcelé par le sentiment de ne plus pouvoir contrôler sa vie). Ces déterminants fournissent le cadre pour une action multifocale sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Promeut-on adéquatement la santé chez nous ?

Sur le papier (du *Moniteur belge*), la formule est nette et entraîante. À l'article premier du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, il est dit : « *Par promotion de la santé au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.* » Et dans les faits ? Ce décret semble avoir amené plus d'évolutions concrètes dans les pratiques des acteurs de proximité et des professionnels (de promotion de la santé, de santé communautaire, etc.) que dans celui des politiques publiques et de la concertation des acteurs institutionnels. Ainsi les budgets réellement dédiés à la prévention et à la promotion de la santé sont déjà bien maigres (*voir encadré ci-contre*). Sans compter que l'importance accrue accordée aux démarches de prévention médicalisée entame à sa manière l'action sur les déterminants non médicaux de la santé. Piètre consolation : selon D.V. McQueen, le phénomène de minimisation de l'intérêt des démarches menées en promotion de la santé et des savoirs thésaurisés dans ce domaine est une tendance qui domine quasi partout dans le monde!

Pour une approche complexe du réel

Travailler sur la complexité, en matière d'évaluation de l'efficacité des pratiques de terrain par

L'oxygène de la complexité

« Nous demandons légitimement à la pensée qu'elle dissipe les brouillards et les obscurités, qu'elle mette de l'ordre et de la clarté dans le réel, qu'elle révèle les lois qui le gouvernent », dit le sociologue et philosophe Edgar Morin. Ajoutant en substance que « la connaissance scientifique fut longtemps et demeure encore souvent conçue comme ayant (ce type de) mission ». Mais sachant que les disciplines scientifiques sont souvent cloisonnées, on observe qu'elles ont plutôt tendance à se débarrasser des autres grilles de lecture qui pourraient les gêner dans l'approche de leur objet principal. Bref, elles simplifient le réel. À l'inverse, la démarche complexe entre en jeu lorsqu'on considère « ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple » et lorsqu'on suspecte « les limites, les insuffisances et les carences de la pensée simplifiante ». Alors que cette dernière « désintègre la complexité du réel, la pensée complexe intègre le plus possible les modes simplifiants de penser, mais refuse (leurs) conséquences mutilantes [...] et finalement aveuglantes », dans la mesure où elle « occulte tout ce qui relie, interagit, interfère »...

exemple, c'est s'interdire de s'alarmer intempestivement face à des indicateurs d'augmentation de certains problèmes (de société, de santé, de délinquance). Le premier réflexe est généralement de se dire : mais que font donc les acteurs attitrés censés veiller au grain ? Il vient rarement à l'idée de se demander si la croissance choquante du problème « X » n'aurait pas été encore bien plus élevée en l'absence des énergies mobilisées. Comme si seuls un statu quo ou une baisse des chiffres pouvaient attester une réelle « efficacité » ! Alors que des facteurs tiers liés à la crise globale ou des paramètres inédits non encore identifiés peuvent tout aussi bien expliquer le mauvais score, non synonyme d'échec pour autant. Travailler la complexité c'est aussi éviter de prendre pour seuls indicateurs la *quantification des résultats obtenus en matière de comportements de santé, de production d'outils d'information, de nombre de séances d'animation*, important ainsi un « modèle » d'évaluation à l'œuvre dans le secteur marchand. C'est, par contre, reconnaître la valeur pour l'évaluation d'éléments qualitatifs tels que les mises en réseaux, le travail sur l'intégration de pratiques de divers professionnels, le travail d'appropriation des actions par la population concernée, le travail de plaidoyer pour faire évoluer les politiques. Travailler la complexité c'est encore évaluer les raisons d'une non-conformité aux protocoles et bonnes pratiques pour en faire surgir le potentiel d'amélioration et les nécessaires remises en question.

La promotion de la santé tend de plus en plus à faire la preuve de sa pertinence pour appréhender les enjeux et problématiques de santé de manière complexe (*voir encadré page suivante*). À ce titre, elle s'avère particulièrement appropriée pour identifier des diagnostics élargis aux milieux de vie, à la société globale et à ses turbulences, en dépassant donc la seule question — surestimée — des modes de vie personnels. Ce travail de cadrage gagne aussi à s'appuyer sur des confrontations entre les vécus et expertises de santé des publics et ceux des professionnels de nombreux secteurs à vocation non marchande. Il doit fournir l'assise de toute politique de santé rationnelle bien comprise, au plus près

des réalités quotidiennes des groupes les plus malmenés, qui sont actuellement les signaux d'alarme vivants les plus éloquents quant aux tendances délétères et aux responsabilités de remédiation.

Principes auxquels tiennent les acteurs

- **Globalité.** Il convient que la santé soit appréhendée dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale, économique, spirituelle, etc. Ce qui élargit la conception de la santé à la notion de qualité de vie. **Face à une vision individualiste et « segmentée » de la santé, la promotion de la santé propose donc une approche qui interroge les conditions de vie et modes d'organisation de la société².**
- **Proximité.** Parce qu'ils la vivent au quotidien, à l'école, en famille, sur leur lieu de travail ou dans leur quartier, les citoyens peuvent énoncer des priorités d'action pour améliorer leur qualité de vie. Ils peuvent aussi identifier des ressources individuelles et collectives, activables dans leurs environnements respectifs. **Encore faut-il être à l'écoute des citoyens et leur reconnaître des ressources et des compétences.**
- **Marier besoins et aspirations.** Si l'épidémiologie offre une contribution importante à l'établissement des besoins et priorités de santé, elle envisage a priori la santé de manière négative.

tive et parcellaire, à partir de la maladie et des facteurs de risque. Mais cela pourrait-il constituer tout l'enjeu de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, ou même sa part la plus significative ? Sans éluder l'intérêt des données de santé publique, il apparaît essentiel **d'impliquer et de concerter les publics sur l'une de leurs réalités les plus précieuses. Les acteurs de promotion de la santé veulent préserver cette capacité de médiation entre besoins et aspirations de santé des publics, pour garantir une offre de santé adéquate et dynamique en Fédération Wallonie-Bruxelles.**

- **Évaluer pour évoluer. La continuité des interventions, de même qu'un climat constructif distillant la confiance, sont des conditions sine qua non à la mise en œuvre et la diffusion de pratiques d'évaluation dont les acteurs de promotion de la santé se revendiquent.** Le nécessaire contrôle des ressources allouées par les fonds publics et la nécessaire coordination des actions en vue de l'atteinte d'objectifs prioritaires ne peuvent toutefois servir de prétexte à une normalisation des pratiques, antagoniste de la nécessaire adaptation à la diversité des besoins des populations et à la complexité des déterminants des phénomènes de santé.

Valoriser l'intelligence collective

Les principes exposés dans ce plaidoyer pourraient être mis à mal par la réforme de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles et les incertitudes qui l'accompagnent. **C'est pourquoi nous réclamons :**

- **L'instauration d'un dialogue équitable et la réelle prise en compte de la parole et de l'expertise des acteurs concernés avant la mise en place de la réforme,** afin que celle-ci tienne compte de l'histoire d'un secteur, qu'elle valorise les ressources (compétences, expertises, réseaux) existantes et qu'elle s'inscrive réellement

dans le respect des principes de la promotion de la santé.

- **La reconnaissance de la nécessité d'investir en promotion de la santé pour favoriser le bien-être des populations et réduire les inégalités sociales de santé,** ce qui implique une nette augmentation des budgets alloués à ce domaine de compétences. Avant cela, le maintien des budgets existants, leur indexation et la garantie de la préservation des compétences professionnelles existantes constituent un socle minimum pour la pérennité d'une politique de qualité.

- **Le maintien d'une culture de la qualité des interventions,** qui passe par la définition collective et négociée de critères de qualité et par le soutien aux acteurs pour intégrer ces critères.

- **La remise en question d'une conception managériale centralisatrice qui semble voir dans la création d'un organisme de pilotage la solution à tous les problèmes.** Nous plaçons pour le développement d'une approche qui privilégie le principe de subsidiarité et qui identifie de manière rigoureuse, systémique et participative les besoins de santé et les réponses à y apporter. D'éventuelles nouvelles structures ne pourront être créées qu'à partir d'une telle analyse qui en montrera la pertinence et qui en guidera les modalités d'implémentation adéquates.

Si vous retrouvez vos préoccupations dans le plaidoyer ci-dessus, n'hésitez pas à marquer votre accord en envoyant à **collectifpromosante@gmail.com** un courriel avec vos nom et prénom et le titre auquel vous adhérez à cette démarche.

Vous pouvez aussi réagir via le site mis en place par le Collectif, à l'adresse **www.sites.google.com/site/collectifpromosante**. Vous pourrez y consulter la liste des signataires régulièrement mise à jour. Vous y trouverez également plusieurs documents précisant la démarche du Collectif.

1. Selon un article d'Iлона Kickbush paru dans le très riche dossier « La santé : usages et enjeux d'une définition », revue *Prévenir* n° 30, 1^{er} semestre 1996, Ed. CVM (Coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille).

2. Voir *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, OMS Europe, 2^e édition, 2004, 42 p. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

La réforme et le collectif*

Trente ans après la communautarisation des matières de santé, la Ministre Fadila Laanan a missionné un consortium de sociétés (« Perspective Consulting » et « Effsciences ») pour évaluer les dispositifs de santé en Fédération Wallonie Bruxelles. Prévue dans le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé et, dernièrement, dans la Déclaration de politique communautaire 2009-2014, cette évaluation, rendue publique en mai 2011, est toutefois partielle dans le sens où, « *comme le prévoit le cahier des charges, le consortium s'est penché sur les dispositifs de santé et non sur l'efficacité des programmes de médecine préventive et de promotion de la santé* ».

Suite aux recommandations du rapport d'évaluation, **un nouveau code de la santé** devrait bientôt voir le jour. Ce code entend articuler toutes les politiques liées à la santé autour du concept de promotion de la santé. Aux dires de la Ministre, « *une première version de ce code sera soumise au Conseil supérieur de promotion de la santé d'ici à la fin du premier semestre de 2012, afin de proposer un avant-projet de décret au gouvernement* ».

Par ailleurs, aux yeux de la Ministre l'organisation du secteur « *présente plusieurs lacunes comme les absences de coordination d'une politique globale et cohérente de promotion de la santé, d'orientation par le gouvernement pour la réalisation des missions de service public, de contrôle des missions et de la gestion des structures concernées et enfin d'évaluation de l'utilité des actions menées* ». Il a dès lors été décidé de suivre les préconisations du rapport d'évaluation visant la création d'un **organe de pilotage** avec « *l'objectif [...] de rassembler en un seul endroit une expertise transversale qui dispose d'une vision globale de la promotion de la santé, y compris de la médecine préventive* ».

Démarré sans réelle concertation avec le terrain, ce projet de réforme n'a évidemment pas manqué de susciter l'inquiétude dans le chef de nombreux acteurs du champ de la promotion de la santé. Un champ qui, rappelons-le, se caractérise par sa très forte hétérogénéité. Il faut être un minimum averti, pour ne pas dire du sérail, pour trouver ce qui relie la pratique d'un formateur de Prospective Jeunesse à celle d'un acteur de médecine

préventive en charge d'un programme de vaccination. Cela n'a pourtant pas empêché que se crée, à l'initiative de quelques bénévoles, un « **Collectif des acteurs de promotion de la santé** » qui s'est notamment donné pour mission de réagir au projet de réforme et surtout de rappeler au politique le rôle déterminant qu'il entend jouer dans la conduite de cette réforme.

Le plaidoyer qui suit est l'une de ses premières réalisations dont l'ensemble peut être consulté sur le site internet du collectif : www.sites.google.com/site/collectifpromosante. Chacun des autres textes expose la réaction d'un acteur ou d'une association au projet de réforme. Certains d'entre eux traitent presque exclusivement du rapport d'évaluation, notamment parce qu'ils sont le fruit des auditions des représentants des acteurs de promotion de la santé par la Commission santé du Parlement de la Communauté française.

Pour enrichir votre point de vue sur la réforme, ses enjeux et soubresauts, nous vous invitons à parcourir les articles parus dans le mensuel Éducation Santé, partenaire de Prospective Jeunesse Drogues | Santé | Prévention dans l'élaboration du présent numéro.



Références

Éducation Santé, n° 269, juillet 2011

- ABSIL G., DADOUMONT B., DE BOCK C., et al., *Vers une représentation professionnelle en promotion de la santé*.
- BARBIER C., *Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations*.

Éducation Santé, n° 270, septembre 2011

- DE BOCK C., MASSA F., GOSSELAINE Y., VANDOORNE C., *La première réunion du Collectif des acteurs de la promotion de la santé : joli succès*.

Éducation Santé, n° 274, janvier 2012

- Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, *La santé partout et pour tous. Plaidoyer pour une politique exigeante*.

Éducation Santé, n° 276, mars 2012

- LAANAN F., *Réforme des dispositifs de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles.w*

* Le contenu de cet article articule plusieurs extraits de BARBIER C., « Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations », in *Éducation Santé*, n° 269, juillet 2011

Annexe 3

Edito Fedito (novembre 2012) : Salles de consommations à moindre Risques. La France franchit le pas, à quand la Belgique ?

La France inaugurera en 2013 ses premières salles de consommations à moindre risques (SCMR) pour usagers de drogues. Une décision qui semble logique d'un triple point de vue de santé publique, de promotion de la santé des usagers, et de sécurité urbaine. Pourtant, les débats ont été passionnés et les oppositions féroces. On est en droit de se demander pourquoi, en dépit de leur efficacité avérée, la mise en place de nouveaux dispositifs d'aide et de Réduction des Risques pour usagers rencontre tant d'opposition auprès d'une partie des décideurs et de l'opinion publique. Et surtout comment y remédier pour pouvoir rencontrer et aider nos publics avec les moyens adaptés.

Depuis plusieurs années en France, de nombreux acteurs de la santé et du social, du monde de la recherche, des groupes d'élus locaux, d'usagers, ... ont mené une large campagne pour la mise en place des SCMR au bénéfice des usagers de drogues. Informations tous azimuts, pétitions, actions médiatiques, ... La nouvelle ministre française de la Santé a finalement annoncé la mise en place en "projets pilotes" d'un nombre limité de SCMR dans certaines villes du pays dimanche dernier. L'Hexagone rejoint ainsi les "triples A" de l'aide aux toxicomanes comme l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, la Suisse et le Luxembourg pour ne citer qu'eux.

Les SCMR visent à offrir un espace sécurisé pour que les consommateurs de drogues les plus précarisés puissent consommer dans des conditions d'hygiène optimales. La consommation des produits psychoactifs amenés par l'utilisateur (pas de pourvoyance dans les SCMR, à la différence des programmes de distribution d'héroïne sous contrôle médical) se fait dans un local propre, avec du matériel stérile et sous la supervision de professionnels. En plus de diminuer les risques d'infection ou de transmission de maladies liés aux consommations, l'accueil de ces personnes permet surtout de les rencontrer et de leur fournir une aide adaptée : mise en ordre administrative, orientation vers des structures de soins généralistes ou spécialisés, ... Ce type de dispositif doit permettre la rencontre de groupes d'usagers très précarisés, très difficiles à atteindre, des personnes sans couverture sociale et qui n'ont souvent pas accès aux structures sanitaires et sociales conventionnelles, voire spécialisées.

En fréquentant les salles de consommations, les usagers échappent aussi, pour un temps, à la rue, et ne consomment plus dans l'espace public. Le réconfort et l'accueil offerts peuvent aussi avoir une conséquence indirecte très appréciable : aider à remédier aux situations de scènes ouvertes et de consommation en rue dans certains endroits déterminés. Cette réduction des nuisances liées à l'usage de drogues en rue facilite la restauration d'un minimum de convivialité et de sentiment de sécurité pour les habitants de ces quartiers.

Les SCMR peuvent donc amener des effets bénéfiques en termes de santé publique, de sécurité, et de diminution des coûts sociaux liés à l'usage de drogues. Comment, au vu de ces avantages, expliquer autant de réticences et d'objections à la mise en place de ces dispositifs ? En France comme en Belgique, à chaque nouveau projet, à chaque dispositif venant compléter l'offre existante (accueil à bas seuil d'exigence ou seuil adapté, SCMR, testing, distribution d'héroïne sous contrôle médical, ...), les mêmes arguments sont invoqués et les mêmes peurs doivent être dissipées : "incitation à la consommation", un "mauvais signal", "il faut guérir les toxicomanes au lieu d'entretenir les consommations", ...

Les opposants à ce type de projet pensent-ils franchement que des professionnels de la santé, avec toute l'expertise accumulée, veulent inciter à la consommation ? La mise en place d'un projet spécifique visant à élargir la palette d'offre existante pour les usagers de drogues n'est pas une finalité en soi, c'est juste un moyen de rencontrer nos objectifs. Les acteurs spécialisés dans les assuétudes ne se réjouissent en aucun cas du succès de ce type de dispositifs mais lorsque ce qui existe ne suffit pas ou plus, l'opportunité doit exister pour des solutions qui ont déjà montré leur efficacité ailleurs. Les acteurs de terrain, simples professionnels du social et de la santé, ne devraient pas être amenés se transformer en lobbyiste aguerris pour avoir le droit de pratiquer leur métier avec un maximum de conditions favorables et d'outils disponibles.

Les professionnels de nos secteurs sont certainement ceux qui doivent le plus justifier leur action, le plus convaincre pour être autorisés à venir en aide à leurs publics. La patience de ces acteurs doit être soulignée, eux qui répètent, souvent dans le vide, les mêmes arguments depuis la mise en place des traitements de substitution à la méthadone. Il y a presque 30 ans, les premiers prescripteurs de méthadone ont suscité les mêmes réticences, les mêmes indignations et les mêmes suspicions d'incitation à la consommation que les salles de consommations ne l'ont fait en France au cours des deux dernières années. Ne faudrait-il pas rappeler à ces opposants que l'accès à la santé est un droit élémentaire pour tout citoyen, usagers de drogues compris donc ?

Pour revenir cher nous, en Belgique dans nos grandes villes, certains endroits publics sont devenus des lieux de rendez-vous quasi permanents, de deal et de consommation en rue de personnes très précarisées. Des salles de consommations constitueraient, dans certains lieux déterminés, la meilleure réponse connue pour apporter des solutions que ni les services spécialisés, ni les dispositifs RdR existants dans leur configuration actuelle, ni les forces de l'ordre ne parviennent à "résoudre" seuls. A Bruxelles notamment, le quartier Ribaucourt-Yser fait aujourd'hui l'objet d'une action concertée entre acteurs spécialisés et locaux pour répondre à une situation de "scène ouverte". Les forces de l'ordre de la zone de police concernée ont fait appel au secteur spécialisé en premier lieu pour protéger les usagers de drogues souvent pris à partie par des habitants du quartier...

La Belgique n'échappe donc pas à la règle et dans notre pays aussi des SCMR devraient pouvoir être mises en place rapidement là où cela s'avère objectivement bénéfique. Espérons que sur le plan du débat d'idées et de l'information du public et des décideurs concernés il ne sera pas nécessaire de réinventer l'eau tiède. Les nombreuses études déjà réalisées à l'étranger sur les salles de consommation doivent pouvoir convaincre tout interlocuteur sensé.

Car en Belgique il nous faudra, en plus de dissiper les angoisses et de contrer les arguments infondés, trouver quels sont les interlocuteurs politiques compétents ou responsables pour agir... Qui du fédéral, des "entités fédérées" ou du local prendra ses responsabilités, ou au contraire empêchera le projet d'aboutir? Quelle construction allons-nous devoir inventer pour mettre un "simple" projet d'insertion sociale et de santé en place dans notre ville/région divisée en 19 communes ? En plus d'être un maître lobbyiste, le professionnel des addictions doit en Belgique se doubler d'un adepte de la tuyauterie institutionnelle et avoir de solides ressources en droit public.

Ludovic HENRARD
FEDITO Bxl