# Constats et recommandations en vue d’un plan concerté en matière d’assuétudes (RW/CF/CCF)

Collège d'experts
en assuétudes

Juin 2005

# Préliminaires

## 1. Organisation du Collège

### Constitution du Collège d'experts et missions

En date du 14 octobre 2004, les gouvernements de la Région wallonne et de la Communauté française *"prennent acte des orientations arrêtées en vue de la réalisation d'un plan concerté de prévention, d'aide et soins en matière d'assuétudes"*.
La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances du Gouvernement wallon, Christiane Vienne et la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse du Gouvernement de la Communauté Française, Catherine Fonck, sont chargées de mettre en place ensemble et sous leur égide, un collège d'experts spécialement chargé de la préparation de ce plan. Le Collège d'experts est désigné en décembre et la séance inaugurale se tient en présence des Ministres le 24 janvier 2005.
Le Gouvernement de la Communauté française et l'Exécutif de la COCOF ont également pris acte des orientations arrêtées en vue de la réalisation de ce plan concerté. « Ils prennent acte de la désignation du collège d'experts, des missions qui lui sont confiées et l'agenda tels que notifiés… . Ils désignent en qualité d'expert au sein du collège chargé de la préparation du plan concerté de prévention, d'aide et de soins en assuétudes Monsieur Vanderveken. »

Le Collège est composé de :
- Philippe Bastin, Directeur Infor-Drogues
- Martine Dal, Directrice de Prospective Jeunesse
- Benoît De Clerck, Directeur de la Coordination Drogues de Charleroi
- Fabienne Hariga, Directrice de Modus Vivendi
- Claude Macquet, Directeur du Centre "Les Hautes Fagnes", sociologue, chargé de cours à l'Institut des Sciences Humaines et Sociales - ISHS - de l'ULg"
- Christine Mahoux, Directrice administrative de l'asbl Sésame
- Chantal Vandoorne, Coordonnatrice APES-ULg
- Jacques Van Russelt, Coordonnateur du Centre Alfa Liège
- Mark Vanderveken, Coordonnateur de la Concertation Toxicomanies Bruxelles.

Le Collège est présidé par Monsieur Benoît De Clerck.
Il est assisté dans ses travaux par Hugues Reyniers, de l'Administration de la Région wallonne et Roger Lonfils, de l'Administration de la Communauté française.

### Missions du Collège d'experts

Selon les termes de l'ordre de mission, la tâche du Collège a été définie comme suit :
**Ce Collège d'experts aura pour triple mission de :**
*1. dresser un cadastre critique des actions et projets actifs dans les champs de prévention et de prise en charge des toxicomanes et de leur famille en laissant apparaître clairement les manques ou doublons éventuels ;*
*2. établir un inventaire exhaustif et argumenté des besoins qui nécessitent une action conjointe des deux niveaux de compétences concernés ;*
*3. définir les actions prioritaires communes à mettre en place.*

**Rappel des orientations**

*En matière de prévention, d'aide et de soins en assuétudes, tous les niveaux de pouvoir sont engagés. La multitude et l'importance de ces différentes interventions complexifient bien souvent l'organisation de l'offre de services aux toxicomanes tant en ce qui concerne :*

- l'assistance, l'aide et les soins
- la réduction des risques et des dommages
- les missions de prévention

*Il convient dès lors que les différents niveaux de pouvoir concernés, dans le pur respect de leurs compétences spécifiques puissent s'entendre pour l'établissement de nouvelles structures et stratégies transversales cohérentes concernant principalement les secteurs de la jeunesse, l'éducation et l'enseignement sans oublier le logement et l'insertion socioprofessionnelle.*

*Différentes problématiques ont d'ores et déjà été soulevées et il conviendra que le plan concerté puisse y apporter des solutions concrètes.*

*Il s'agit de :*

1. *l'amélioration de la diversification de l'offre d'aide et de soins aux personnes toxicomanes en ce y compris l'accès aux dispositifs de logements supervisés et aux formations professionnelles, ce qui leur est actuellement quasi impossible.*
2. *la définition d'une politique optimale de gestion des risques quelque soit leur nature et pour tous les publics concernés.*
3. *le renfort des liens entre les actions préventives de réduction de risques et les moyens de prise en charge des patients toxicomanes.*
4. *la création de nouveaux services de soutien et d'accompagnement des parents et famille de toxicomanes.*
5. *l'établissement de collaborations utiles entre le secteur de l'aide à la jeunesse et les services offrant une aide médicale et/ou thérapeutique.*
6. *le développement d'une stratégie de prévention globale dans les écoles et d'autres milieux de vie par le biais de cercles relais et ce, en collaboration avec le réseau spécialisé.*
7. *la participation d'acteurs du secteur socio-éducatif dans les réseaux "assuétudes".*
8. *l'amélioration de la prise en charge socio-sanitaire des toxicomanes délinquants, et en particulier des mineurs, y compris durant l'exécution des peines.*

**Durée de la mission**

La mission du Collège d'experts débutera au 1er janvier 2005 et devra être terminée à *l'issue du premier semestre 2005 de manière à permettre la finalisation du plan concerté avant la préparation des budgets 2006 des deux entités (*ou des trois entités depuis l'accord CF/COCOF ?).

*Le Collège bénéficiera pour la bonne réalisation de sa mission de l'appui des administrations régionale et communautaire concernées.*

## Méthodologie et objectifs de travail

**Remarques préliminaires**

Après étude des missions telles décrites dans le cahier des charges élaboré par les Ministres de la Santé de la Région wallonne et de la Communauté française, il s'est avéré que la dimension "cadastre" qui y figure a été considérée par les experts dans son sens large à savoir un survol des fonctionnalités institutionnelles existantes plutôt qu'un cadastre strict reprenant les institutions et actions existantes.

Ce travail de compilation aurait en lui-même utilisé tout le temps et l'énergie disponibles. Toutefois une compilation empirique, dont les éléments proviennent de sources diverses (Plate forme de Concertation en Santé Mentale, Fédito wallonne, Fédito bruxelloise, Bottin social etc.) fut utilisée comme élément d'information.

**Objectifs**
Les objectifs du Collège d'experts sont donc les suivants :
- étudier les différentes fonctionnalités institutionnelles et la détermination des champs d'intervention ;
- en extraire les carences, articulations, réorganisation ;
- procéder à des recommandations sur base de ces constats ;

**Méthode**
Le Collège d'experts a donc envisagé d'aborder sa mission en passant en revue divers champs d'intervention à savoir :
- la prévention
- la réduction des risques
- les soins – l'assistance - l'aide
- l'insertion socio-professionnelle

Ces différents champs ont été analysés selon leurs modalités d'application et les publics concernés, à savoir en particulier les publics "parents" et "jeunesse".
Les questions des soins, de l'assistance, de l'aide et de l'insertion socio-professionnelle relèvent bien entendu de l'ensemble du public concerné.

Pour réaliser son analyse, le Collège a auditionné des experts spécifiques pour leurs compétences particulières, à savoir:
- Bernard Hoorenbeck, secrétaire du CPAS de Schaerbeek
- Yvon Henry, coordonnateur général du Relais social de Liège ;
- Paul Preud'homme, formateur à l'asbl Repères et responsable de l'asbl "SMES" (lieu de concertation Santé Mentale–Exclusion sociale)

Par ailleurs des structures ont été consultées aux fins d'informations complémentaires :
- la Fédito wallonne
- la Fédito bruxelloise
- la Coordination Drogue de Charleroi
- diverses institutions de terrain.

## *2. Une « politique » ou des « mesures » ?*

Le Collège d'experts souhaite éclaircir et préciser l'impérieuse nécessité d'élaborer une démarche de planification, avant de se concentrer sur des inventaires ou des cadastres tels que indiqués dans sa mission. Cela répond donc à la demande faite au Collège d'experts de « **préparer un plan concerté** ».
L'élaboration d'un plan passe généralement par les étapes ci-après:

### Un « PLAN »

Les experts tiennent à rappeler qu'un plan requiert un va-et-vient structuré entre choix politiques et éclairages d'experts et d'acteurs de terrain, pour développer et faire aboutir ses trois composantes (objectifs, activités et services, ressources). Dans ce cadre, attendre des experts qu'ils proposent des « solutions concrètes et facilement réalisables » à des objectifs peu explicites s'avère illusoire.
Par contre, les recommandations « définissent des actions concrètes communes ».

## Un plan « CONCERTE »

Toute « politique des drogues » mobilise, vu sa complexité, un nombre très important de départements On retrouvera toujours, à quelque endroit du territoire qu'on se trouve, des interventions émanant d'au moins trois niveaux (fédéral, communautaire et régional).
La « politique des drogues » dans les entités fédérées francophones découle des actions conjointes de tous les niveaux de pouvoir, y compris le niveau fédéral. A ce niveau donc la concertation manque cruellement.
Le gouvernement fédéral a émis le 19 janvier 2001 une « Note fédérale drogues », non entérinée par les gouvernements des entités fédérées.

*Recommandation 1*

**Les gouvernements des entités fédérées devraient interpeller le Ministre de la Santé du gouvernement fédéral pour connaître le statut actuel de la « Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » ainsi que de l'état d'avancement de la création de la "Cellule fédérale Politique en matière de Drogues" prévue par la susdite note.**

## Les « PRINCIPES » d'une politique des drogues :

Aucun des textes de référence cités en annexe (1, 5, 15, 16, 20 et 21) ne présente les caractéristiques d'un plan concerté mais tous comprennent certains éléments sur les principes qui fondent une politique des drogues.
Le Collège d'experts estime impossible pour les gouvernements de se soustraire à l'exercice de clarification des principes avant de procéder à l'analyse des besoins, puis au choix des priorités éventuelles, d'examiner les stratégies capables d'y parvenir, et enfin de décider des actions et des moyens à mettre en œuvre et d'allouer les ressources en conséquence.

*Recommandation 2*

**Le Collège d'experts suggère que les entités fédérées s'accordent sur les principes fondateurs d'une politique des drogues à laquelle chacun pourra contribuer.**

Le Collège d'experts rappelle ici ces principes :

### « Toutes » les drogues

Une politique des drogues qui couvre l'ensemble des substances psycho-actives fait consensus pour tous (tant pour les experts que dans les cénacles scientifiques internationaux) et devrait donc facilement pouvoir être acceptée par toutes les parties.
Cette combinaison repose sur des arguments évidents : mécanismes d'action au niveau du système nerveux central, renforcement entre substances, consommation conjointe de plusieurs, passage de l'une à l'autre, etc.

*Recommandation 3*

**Les experts recommandent aux différents gouvernements de prendre la décision de mener une politique des drogues englobant l'ensemble des substances psycho-actives. Par souci de clarté, il est toujours utile de les spécifier (habituellement, sans être exhaustif: alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psycho-actifs).**

Cette décision a notamment comme implications concrètes :

- d'analyser l'ensemble des problématiques ;
- de dresser la liste des besoins liés aux diverses substances ;
- de fixer les objectifs et de choisir les priorités à la mesure des problèmes engendrés, de façon équilibrée ;
- d'accorder une attention particulière aux stratégies qui leur sont communes.

Le Collège d'experts reconnaît par ailleurs que sa composition a été orientée principalement vers les drogues illégales plutôt que de façon neutre à l'égard des diverses substances.

## Prioritairement un problème de « santé »

La priorité de la santé publique semble elle aussi reconnue par tous, à la fois en tant que problème, mais aussi en tant que réponse.
Cette priorité vient du constat des effets délétères qui touchent d'abord les individus en terme d'incapacités, maladies et décès, même si les effets sociaux de l'abus de certaines drogues (les violences dues à l'alcool e. a.) ne sont nullement négligeables.

*Recommandation 4*

**Les experts demandent aux gouvernements de formellement affirmer que la Santé constitue la dimension prioritaire comme problème et comme réponse.**

Ce principe accepté, encore faut-il le traduire concrètement dans la réalité de la politique des drogues :

- les problèmes de santé devraient immédiatement apparaître comme bien plus nombreux et plus importants que les infractions et les problèmes sociaux connexes ;
- la prépondérance de la santé apparaîtra dans un deuxième temps lorsqu'il s'agira de choisir des priorités parmi l'ensemble des besoins exprimés. Ils devraient ici aussi prédominer ;
- si deux stratégies différentes (santé ou répression) sont en compétition sur un même objectif, la santé prévaudra ;
- la priorité devra se refléter dans les ressources allouées par les gouvernements, et donc renverser la situation actuelle ;
- enfin, cette priorité devrait logiquement accorder au représentant de la santé (Ministre) de mener l'élaboration de la politique des drogues, puis de lui attribuer la responsabilité de la cohérence des interventions, de quelque nature qu'elles soient.

## Plutôt « prévenir » que « guérir »

La « prévention », en soi, n'est pas un objectif. La « prévention des drogues » exprimée telle quelle ne signifie rien.
Les différents textes mentionnent à de nombreux endroits l'importance de la prévention, mais en omettant trop souvent de préciser sans ambiguïté les problèmes précis à prévenir.
Il est nécessaire de spécifier « l'objet » de la prévention (ce peut être les problèmes sociaux ou de santé, les infractions, ou même la simple consommation), et de connaître les facteurs qui y mènent ou qui protègent pour pouvoir « prévenir » efficacement.
Il n'empêche que « pré-venir » est reconnu comme une voie préférentielle. Les propos sur la promotion de la santé et la réduction des risques dans les textes qui suivent en témoignent.

*Recommandation 5*

**Le Collège d'experts appelle les gouvernements à :**

- **privilégier la prévention ;**
- **utiliser le terme « prévention » en spécifiant sans équivoque son objet ;**
- **s'engager à porter attention à l'évaluation des stratégies de la prévention.**

Ce point est d'une particulière importance vu les compétences des entités fédérées dans les domaines de la prévention, et pour éviter de mélanger les actions de prévention des infractions avec celles de prévention des problèmes sociaux et de santé, comme c'est trop souvent le cas actuellement.
Ce point est abordé de manière spécifique dans le chapitre consacré à la "prévention".

## Assuétudes et toxicomanies

Les termes « toxicomanies » et « assuétudes » sont abondamment utilisés pour couvrir une série de problématiques de type et d'intensité divers. On tend par le fait même à faire glisser l'ensemble des problèmes vers son pôle considéré comme le plus grave, les dépendances aux produits consommés. Le terme « dépendance » répond à des critères précis (OMS).

*Recommandation 6*

**Les gouvernements devraient adopter une terminologie qui différencie les situations rencontrées. Les termes d'usages ou de consommations, d'abus, aigus ou chroniques, et de dépendances conviennent à départager la plupart des situations.**

## Les « OBJECTIFS » de la politique des drogues

Les différents textes officiels ne précisent habituellement pas les objectifs des politiques "drogues", sinon de manière insuffisante (telle « baisse du nombre de citoyens dépendants »).
En l'absence d'objectifs communs clairs, les interventions risquent d'être partielles, incohérentes, divergentes ou contradictoires, les stratégies inadaptées, n'emportant pas la nécessaire adhésion de la population, au détriment de l'efficacité attendue.
Définir des objectifs à atteindre pour ces problèmes ne revient pas à cibler seulement les assuétudes ou les « toxicomanies » qui n'en constituent que la pointe de l'iceberg.
Les sources d'information sur les problèmes et leur étendue sont nombreuses et sous-utilisées.

*Recommandation 7*

**Les experts appellent les gouvernements à examiner les besoins à la lumière des données disponibles.**

*Le choix des objectifs devrait être précis; il revient aux politiques de s'éclairer en cela, par les experts, mais aussi par les acteurs de terrain.*
*Une erreur fréquente consiste à procéder au choix des priorités en s'écartant des besoins réels et des principes de base pourtant approuvés par consensus.*
*L'évaluation des succès ou échecs du plan se base sur les objectifs retenus.*

*Recommandation 8*

**Les experts exhortent les gouvernants à définir des priorités claires et des objectifs précis.**

## La « COMMUNICATION » à la population

Il est essentiel que la population partage les objectifs clairement exposés, de façon équilibrée entre les divers produits au su des problèmes qu'ils entraînent pour la société.
Elle est globalement capable de comprendre et d'apprécier les mesures préconisées, pour autant qu'elles tiennent compte de la réalité partagée par grand nombre de citoyens, comme la difficulté à arrêter de fumer alors même qu'on le voudrait, ou l'usage abusif d'alcool.
Une politique déséquilibrée (focalisée par exemple sur les drogues illégales) risque d'entraîner plus d'affrontements et de rejet que d'adhésion si elle omet d'inclure des problèmes dont les effets sont plus importants et plus graves pour la société.

L'adhésion du public aux objectifs affichés est essentielle d'autant qu'ils visent des modifications de son comportement.
Avant de s'adresser à l'ensemble de la population, il faut veiller à s'assurer la collaboration et l'adhésion des relais chargés d'appliquer les mesures qui seront mises en place, que ce soient l'aide et les soins ou les mesures réglementaires.

Dans un Etat fédéré comme le nôtre, et sur un sujet aussi partagé, délicat et important, une communication appropriée des choix de politique publique requiert cohérence, progressivité, réalisme et durée.

*Recommandation 9*

**La stratégie de communication des politiques publiques doit faire l'objet des plus grands soins ; l'adhésion du public aux objectifs affichés contribue à son succès d'autant qu'ils visent des modifications de comportement.**

## Le choix des « STRATEGIES »

Il existe à l'heure actuelle nombre de références internationales présentant les stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité.
Il est par ailleurs notoire que la combinaison des stratégies offre un atout supplémentaire à leur application séparée. Il faudrait particulièrement veiller à ce que les approches de restriction, voire d'interdiction, ne précèdent pas celles qui apportent soutien et aide aux populations qui vivent des difficultés, sous peine de voir l'efficacité attendue réduite à peu de choses.

Le choix des stratégies nécessite l'examen de leur applicabilité et de leur acceptabilité au contexte local. Entendre acteurs de terrain et administrations à ce sujet est indispensable, comme ce le sera à nouveau lors de l'étape ultérieure.

L'identification et le choix des stratégies reconnues actuellement comme les plus susceptibles d'efficacité indiquera comment distribuer (ou partager) les tâches à effectuer par les différents niveaux de pouvoir.

*Recommandation 10*

**Les experts invitent les gouvernements à accorder une attention particulière à cette étape, qui fait le lien entre les résultats qu'ils espèrent et les décisions très concrètes qu'ils prendront (législations, agréments de services, allocation de ressources).**

## Les « ACTEURS et SERVICES » nécessaires

Les experts entendent simplement souligner que ce ne sont pas les acteurs et services qui orientent les politiques publiques mais bien les objectifs poursuivis en fonction des besoins de la population, eux-mêmes relayés par les acteurs de terrain.

Le Collège des experts n'est pas en mesure de présenter dans les délais impartis un « cadastre critique » de l'ensemble des dispositifs existants actuellement, tant ils sont nombreux, diversifiés et relevant de départements très variés. Il s'est appliqué à préciser quelques problématiques liées aux compétences régionales et communautaires, comme le logement, l'insertion professionnelle ou la politique de la jeunesse.

Le constat assez classique qui en ressort est triple :

- dans l'ensemble, les acteurs et services nécessaires existent et leur place aurait intérêt à être précisée en regard des objectifs attendus et des stratégies retenues ;
- des objectifs et des stratégies cohérents modifieraient et renforceraient utilement les liens entre acteurs et services ;
- les résultats attendus de la part notamment des médecins généralistes et des acteurs de promotion de la santé, ainsi que des services spécialisés en alcoologie, ne surviendront pas sans poursuite et renforcement des développements actuels.

*Recommandation 11*

**Les experts invitent les gouvernements à s'éclairer et utiliser les ressources fournies par les acteurs de terrain et les lieux de concertation institués.**

## Les « RESSOURCES » à mobiliser

Cette étape intervient en dernier lieu.
Il s'agit fréquemment d'un test qui éclaire l'écart entre les intentions éclairées par les connaissances et les décisions influencées par les rapports de force et le poids du lobbying plutôt que par les réalités et besoins des citoyens.

Face à l'ampleur des besoins créés par les consommations de « drogues », l'investissement massif d'acteurs généralistes (éducateurs, médecins, travailleurs sociaux de rue, CPAS, etc.) de première ligne est une nécessité. L'attribution de ressources financières appropriées pour ces activités devrait faire l'objet d'une attention particulière.

Une difficulté fréquemment rapportée de la part des acteurs de terrain réside dans les sources de financement multiples, le lot de contraintes normales qui y sont liées étant démesurément accrues par les divergences, sinon les contradictions entre les exigences et les manières de travailler des uns et des autres.

La répartition actuelle des ressources financières (prééminence des budgets consacrés à la répression sur ceux des accompagnements et des soins, laissant la prévention dans les domaines sociaux et sanitaires en parent pauvre) ne permet en aucune manière d'appliquer une « politique des drogues » fondée sur les principes déclarés à ce jour.

# Principes fondateurs d'une approche « santé » pour la définition d'une politique des assuétudes

L'analyse de la demande du gouvernement conjoint au Collège d'experts qu'il a mis en place, tout comme le contenu des débats et consultations au sein de ce collège, ont fait apparaître la nécessité de clarifier le cadre conceptuel et praxique auquel rattacher les constats, recommandations et décisions dans le domaine de la politique des assuétudes. Parler de « cadre praxique » revient à affirmer le caractère central de l'examen et de l'analyse des pratiques professionnelles (voire profanes) pour établir des modèles d'intervention voire des cadres conceptuels de référence.

Plusieurs éléments sont mis en tension, que l'on retrouvera reflétés au fil des analyses et des recommandations de ce document. Les seules références aux textes des grands organismes internationaux (OMS, Conseil l'Europe, etc.) ne suffisent pas à résoudre ces tensions, on les retrouve de même lors de la consultation de la littérature scientifique internationale. Par ailleurs, le cadre politique et administratif lié à la fédéralisation et à la régionalisation introduit de nombreuses zones de superposition ou de flou.

D'autres espaces de superposition et de flous se retrouvent quand on examine le sens donné par les divers acteurs, experts et décideurs aux notions de prévention, réduction des risques, soins et accompagnement, auxquels on ajoutera le concept de promotion de la santé qui, depuis 1997, marque l'évolution souhaitée par la Communauté française, de la mission d'éducation sanitaire.

C'est pourquoi nous présentons ci-dessous un schéma de réflexion qui pourrait servir de référence à la définition des principes fondateurs d'une politique des assuétudes dans les Communauté française, Région wallonne et Commission Communautaire Française. Ce schéma pourrait aussi servir de base pour clarifier avec les instances fédérales les principes et les acteurs d'une politique des drogues.

Le champ d'intervention des Communauté, Région et Commission communautaire francophone tel que défini par le Collège d'experts s'articule sur une vision de la politique des assuétudes centrée sur la trajectoire de (non) consommation des personnes quant à l'ensemble des substances psycho-actives, qu'elles soient licites ou illicites, intégrées ou non à la pratique médicale (médicaments).

Cette position converge avec nombre de constats et recommandations repris dans les documents suivants, parmi d'autres.

- Parquet J, Pour une Prévention de l'usage des substances psycho-actives (usage, usage nocif, dépendance), PARIS, CFES, Dossiers techniques, 1998
- Prevention of psychoactive substance abuse. A selected review of what works in the area of prevention. WHO. Mental Health : evidence and research. Deparment of Mental Health and Substance dependence. 2002.
- Programme quinquennal de promotion de la santé Communauté française 2004-2008
- Décision n°1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) – Déclarations de la Commission in Journal officiel n°L271 du 09/10/2002, p. 0001-0012, www.europa.eu.int, 06/10/2004.
- Note politique du Gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, 19 janvier 2001.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Milieux de vie ou d'intervention** | **** | *** | *** | | ** | Secteur promotion de la santé (CF/CCF) |
| | *** | *** | * | | | Ecoles (CF) |
| | *** | *** | * | | | Milieux d'accueil et de loisirs (CF/CCF) |
| | * | *** | *** | | | Milieu carcéral (RW/CCF/CF) |
| | Accompagnement des collectivités/aménagement des milieux de vie | | | | | Ý MILIEUX DE VIE |
| | Prévention (socio-sanitaire) | | | Soigner Soutenir l'arrêt | Prévenir les récidives Soutenir l'insertion | |
| **Continuum psycho-socio-sanitaire centré sur le soutien des personnes dans leur trajectoire de (non) consommation** | Promouvoir un mode de vie qui ne soit pas dépendant de la consommation de substances psychoactives (**santé globale /compétences transversales**) | Rendre la personne susceptible de gérer une consommation en **réduisant les risques** (sanitaires) | | | | |
| | | Risques qu'une consommation évolue vers un usage abusif (point de vue SP) | Risques surajoutés liés aux modes et situations de consommation | Si personne reconnue / se reconnaissant dépendante | | |
| **Personne ou cellule familiale** | Prévention (socio-sanitaire) | | | Soigner Soutenir l'arrêt | Prévenir les récidives Soutenir l'insertion | |
| | Accueil – accompagnement des personnes | | | | | ß SERVICES |
| | *** | *** | | *** | | Santé mentale (RW/CCF) |
| | | *** | | *** | ** | Assuétudes (RW/CCF) |
| | | | | | * | Logement (RW/CCF) |
| | | | | | * | Insertion socio-professionnelle (RW/CCF) |

Hors du champs de ce schéma bien que nouant des interactions avec celui-ci, on trouvera l'aspect pénal mais aussi la prévention des nuisances (risques ou diminution de la qualité de vie encourue par des tiers eu égard à certaines situations de consommation)

## *Prévention et assistance dans le cadre des matières personnalisables*

Cette définition du champ d'intervention, même si elle est cohérente avec certains textes, soumet, dans la pratique, les professionnels et la population à de nombreux paradoxes. Ceux-ci peuvent mener à l'impossibilité de travailler en cohérence avec ce modèle d'intervention. Nombre de constats et de recommandations ci-dessous traiteront donc des difficultés d'emboîtement et/ou des recouvrements entre une politique définie selon une entrée psycho-éducative et socio-sanitaire (cadre vert) et les politiques définies selon une entrée répressive ou dans l'optique de la réduction des nuisances (cadre rouge) si l'on entend par nuisance « dommages causés à des tiers ».

## *La définition et l'étendue du champ de la prévention*

Quant aux interrogations sur l'objet de la prévention, les professionnels des secteurs psycho-éducatif et socio-sanitaire le situent clairement par rapport aux comportements et situation de consommation plus que par rapport aux produits. L'impact de ces comportements est évalué à l'aune des effets sur la santé globale de la personne (risque en terme de santé publique - cancers, cardio-vasculaire, santé mentale), du risque d'évolution vers un usage non contrôlé et des conséquences quant à l'insertion socio-professionnelle. On reconnaît donc d'emblée plusieurs objets à la prévention en référence à différents effets possibles sur la santé physique et mentale des individus ou sur leur insertion sociale. Il ne s'agit pas nécessairement de viser l'abstinence de tout produit psycho-actif ou seulement celle des produits illicites. Le même raisonnement pourrait d'ailleurs s'appliquer à la prévention des récidives.

Ceci étant posé, le seuil qui fait basculer les interventions de la prévention au secteur curatif n'est pas toujours facile à définir : il dépend soit de la décision de l'individu d'adhérer à une démarche de soins, soit du diagnostic d'un professionnel sur les bénéfices potentiels de cette démarche. Cette difficulté à définir un seuil entre soin et prévention dans les parcours individuels donne tout son sens aux stratégies de réduction des risques.

## *La place de la réduction des risques dans ce schéma*

Les différentes références aux stratégies de réduction des risques indiquent la place que celles-ci occupent dans une politique de santé en matière de gestion des drogues ; elles relèvent tantôt de la promotion de la santé, tantôt du soin, tantôt de la prévention ou encore des trois à la fois. C'est cette dernière option qui a été privilégiée pour le schéma ci-dessus, tout en faisant apparaître les catégories possibles au sein de cette définition globalisante. Ces stratégies sont reconnues aux différents niveaux de compétences et définies de manière plus ou moins claire. Dans la note fédérale la réduction des risques est étroitement liée au soin et à la ré-insertion. Au niveau fédéral encore, les stratégies de réduction des risques s'adressent spécifiquement aux « consommateurs problématiques », au niveau des entités fédérées, elle s'adresse à tous les consommateurs. Au niveau de la COCOF, la réduction des risques est reprise sous prévention.

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation des drogues, licites ou illicites. La réduction des risques concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'apprêtent

à consommer une drogue pour la première fois. Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale, et est complémentaire aux démarches de prévention et de traitement. Elle a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir de consommer ces drogues.

Les stratégies de réduction des risques visent à responsabiliser l'usager, elles sont participatives et centrées en grande partie sur les milieux de vie.

## *L'articulation avec la promotion de la santé*

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

Cette définition, amplement commentée et illustrée dans le décret du 14 juillet 97 de la Communauté française et le programme quinquennal 2004-2008, converge avec de nombreux points du schéma ci-dessus (voir les encadrés en bleu). Ainsi la politique des assuétudes du point de vue de la Communauté française est bien de soutenir les individus et les collectivités dans la recherche d'une adaptation entre la (non) consommation de produits divers et les conditions de vie quotidiennes en alliant choix personnels et responsabilité collective.

Dans le programme quinquennal 2004-2008, cet objectif est décliné de quatre manières qui correspondent à la « prévention socio-sanitaire » reprises dans ce schéma
a) Développer les compétences favorisant la santé mentale et relationnelle et promouvoir un équilibre de vie qui ne soit pas dépendant de la consommation régulière de substances psycho-actives.
b) Aider les jeunes à se situer personnellement par rapport à la consommation de substances psycho-actives, en prenant en compte les projets de vie personnels des jeunes et leurs conditions de vie, mais aussi la réalité sociale.
c) Développer des programmes de gestion et de réduction des risques sanitaires liés à la consommation des différents produits.
d) Sensibiliser et former les intervenants de première ligne (maisons médicales, centres de santé mentale, généralistes...) à mettre en question les habitudes de consommation et à soutenir les patients dans la recherche d'une consommation à moindre risque ou de l'abstinence.

Cependant les approches de promotion de la santé ne se limitent pas à ces seules actions de sensibilisation et d'éducation, elles développent une attention et un plaidoyer pour aménager les déterminants de la consommation qui ressortissent de l'organisation sociale, des pressions économiques, de l'aménagement de l'environnement, de l'accès aux soins et à la prévention, etc. Il importe en effet de développer une approche législative, qui ne soit pas centrée sur la répression de l'individu consommateur mais qui favorise plutôt une réduction des offres qui incitent au mésusage.

C'est pourquoi le programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française fixe des principes d'action prioritaires dans lesquels on retrouve la nécessité de:

- développer des actions centrées sur les milieux de vie (milieu scolaire, milieu familial, milieux d'accueil et de soins, lieux de vie des populations les plus vulnérables). Centrer les interventions sur les milieux de vie oblige les professionnels à définir leur niveau d'intervention en fonction de l'analyse des éléments qui posent difficulté et qui ont sens pour la population et les acteurs de chacun de leur lieux d'intervention (action éducative sur des compétences transversales, ou déjà réduction des risques par rapport à l'usage de certains produits, ou encore orientation vers un service qui pourra réaliser un accompagnement ou une assistance individuelle). Si certains niveaux d'interventions se rencontrent plus fréquemment dans certains milieux de vie (***), les autres ne peuvent jamais être totalement exclus (** / *). Centrer les interventions sur les milieux de vie permet aussi d'envisager plus facilement des modifications de l'environnement relationnel, organisationnel, matériel des populations concernées.
- articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique. L'impact sur la santé des diverses politiques sectorielles est déterminant. L'impact peut être favorable mais aussi défavorable. Les actions transversales et les politiques intersectorielles sont de ce fait indispensables à apporter une réponse adéquate. Cette articulation a pour but de dépasser les limites des compétences des différents pouvoirs publics. Elle seule permettra d'agir durablement sur les déterminants des consommations qui ressortissent du champ social, économique, culturel, etc.

Ainsi les politiques développées dans le cadre de l'approche répressive ou de la prévention des nuisances peuvent interférer ou au contraire renforcer les interventions de soutien aux individus et aux milieux de vie. Il importe donc qu'elles puissent être développées en articulation avec la politique de prévention psycho-éducative et socio-sanitaire proposée ci-dessus. Le programme quinquennal 2004-2008 de la Communauté française insiste sur ce point « Par ailleurs, en milieu scolaire, les autorités concernées veilleront à garantir l'application de la politique de promotion de la santé et de prévention de la Communauté française en matière d'assuétudes, ceci afin d'éviter les interventions préventives de la police qui sont contre-productives par rapport à cette politique. »

## *L'intervention collective et l'accompagnement individuel*

Tout comme les interventions collectives préventives centrées sur les milieux de vie ne peuvent ignorer les opportunités de suivis individuels qu'elles ouvrent, les interventions individuelles ne peuvent toutes être placées du côté du soin et de l'assistance. Nombre d'interventions à la demande des usagers eux-mêmes ou de leurs proches ont une réelle fonction préventive si on prend pour référence l'évolution de la personne dans une trajectoire de consommation et l'influence qu'exercent sur ceux-ci son insertion sociale et l'adaptation à ses conditions de vie. Ainsi en est-il de l'accompagnement des parents qui viennent parfois consulter sur base d'un soupçon, fondé ou non, de première consommation de cannabis ou d'usage abusif d'alcool.

## *Globalité ou spécificité*

La question de la globalité ou de la spécificité des interventions peut être abordée sous plusieurs angles généralement liés l'un à l'autre : objectifs ou contenus des interventions (centré ou non sur certains produits, limité ou non à la question des assuétudes), acteurs

dédiés ou non dédiés pour les interventions, proportion de population concernée et densité de la couverture territoriale des services, etc.

Il semble que les deux extrémités du continuum proposé ci-dessus soient plus marquées par la globalité tandis que les parties centrales (proches des situations d'abus) seraient plus marquées par la spécificité.

La globalité implique un travail sur la variété des compétences et des déterminants qui interviennent dans la construction du mode de vie d'une personne ou d'un groupe. Ces déterminants, situés en amont des conduites de consommation, ne sont pas spécifiques au produit et peuvent être reconnus comme des facteurs de protection pour d'autres problématiques de santé. Les mêmes catégories de compétences et de déterminants interviennent aussi dans la prévention des récidives.

Ainsi le programme quinquennal de la Communauté française pointe : « Dans la mesure où des problèmes de santé mentale (difficultés relationnelles, mal-être, voire pathologie franche) peuvent conduire à la consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, médicaments, cannabis, ecstasy, héroïne...), une cohérence devra être assurée entre les actions et programmes de promotion du bien-être et de la santé mentale et les actions et programmes de prévention des assuétudes. » On sait par ailleurs que la consommation d'alcool et de tabac est impliquée dans la prévention cardio-vasculaire ; que l'activité physique également impliquée dans la prévention cardio-vasculaire aurait un effet protecteur contre la dépression et par conséquent sur la prise de médicaments ; que la pratique d'un sport, par ailleurs bénéfique, expose à des sollicitations de consommation d'alcool ou de substances stimulantes, voire dopantes, etc.

L'extrémité droite du continuum peut concerner une population fort importante, surtout si l'on intègre l'ensemble des produits. Les intervenants en assuétudes doivent donc veiller à une démultiplication de leurs savoirs et savoir-faire spécifiques vers d'autres professionnels (métiers non dédiés) qui dans le cadre d'autres missions sont en contact avec cette population (enseignants, animateurs, assistants sociaux, etc.).

Par contre, dès qu'il s'agit de prévenir le passage à une consommation abusive, des facteurs de spécificités entrent en jeu : les seuils de consommations dites abusives varient d'un produit à l'autre, les représentations de l'abus sortent du champ sanitaire dès lors qu'il s'agit de substances illicites, les mécanismes d'installation de la dépendance varient d'un produit à l'autre, tout comme les dommages potentiels issus des produits eux-mêmes ou des modes de consommation. Dès lors l'importance des intervenants spécialisés devient de plus en plus nécessaire soit comme intervenants de première ligne, soit dans une relation d'accompagnement suivie auprès d'autres professionnels.

# 1. Constats par rapport au cadre fixé au niveau de la politique fédérale en matière de drogues sur le plan de la promotion de la santé et sur celui de la réduction des risques

## 1.1. Constats en matière de promotion de la santé

La Note politique du gouvernement fédéral relative à la Problématique de la Drogue (NPF) rédigée en janvier 2001 confirme que l'abus des drogues est un problème de santé publique[1] et que la politique en matière de drogues repose sur trois piliers :

- la prévention pour les non-consommateurs et les consommateurs non-problématiques
- l'assistance, la réduction des risques et la réinsertion pour les consommateurs problématiques
- la répression pour les producteurs et les trafiquants.

Dans le cadre de cette orientation politique, la prévention devrait donc relever de la Communauté française puisque c'est un secteur d'activité s'inscrivant dans les matières dites « personnalisables », de surcroît lorsque le gouvernement fédéral affirme que la question des drogues est avant tout une question de santé publique.

Mais, dans les faits, les choses se passent d'une toute autre manière.

Sur le plan de la prévention, le gouvernement fédéral finance depuis de nombreuses années des activités diverses sous ce vocable. Le ministère de l'Intérieur a ainsi développé des actions de deux manières : d'abord via la Gendarmerie et ensuite via le Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention (SPP).

Depuis longtemps, la Gendarmerie développait différents modes d'intervention dans le champ de la prévention à destination du milieu scolaire : séances d'information dans les classes, remplacées progressivement au profit de séances à destination du personnel scolaire voire des associations de parents, appels à la « collaboration » des écoles, etc.

En 1995, la Gendarmerie lançait le programme MEGA (« Mon Engagement pour Garantir l'Avenir »[2]) dans les écoles des districts de police néerlandophones ; ce programme, copie adaptée du programme américain DARE, allait se voir développé en région francophone à partir de 1998.

Depuis la réforme des polices en 2001, la Police fédérale n'investissait plus dans ce projet, ce qui se voyait confirmé dans la Note politique du Gouvernement fédéral : « Un second problème est la délimitation imprécise des tâches de prévention entre les services de police et

1 Chambre des Représentants et Sénat de Belgique, Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, Doc. Parl., 50-1059/1 et 2-635/1, p. 7 et 8.

2 Intitulé D.O.N.N.A. dans les premiers temps.

le secteur médico-psycho-social. Les organisations scientifiques internationales demandent qu'une distinction claire soit opérée, dans toutes les interventions et dans toutes les situations, entre la prévention de problèmes socio-sanitaires et la prévention de la criminalité. Le secteur médico-psycho-social est responsable de la prévention de l'abus de drogues légales et illégales ; les services de police sont responsables de la prévention de la criminalité (éventuellement liée à la drogue). Les services de police ont, de toute évidence, aussi une tâche répressive. Les services de police et le secteur de la prévention devront travailler dans le cadre d'un dialogue permanent et d'arrangements clairement convenus afin d'éviter l'incompatibilité de la stratégie appliquée ».

Néanmoins, à l'heure actuelle, on peut constater que dans les trois communautés linguistiques du pays, le programme est poursuivi et activé par les polices locales, et le dynamisme pro-actif de certains policiers à l'égard des écoles est remarquable !

*Recommandation 12*

**Le Collège rappelle que la création de la « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues » (niveau interministériel), attendue depuis janvier 2001, est indispensable pour atteindre ces objectifs de cohérence et de coordination sur le plan de la prévention, notamment.**
**La Communauté française et les Régions bruxelloise et wallonne y feront valoir et respecter la politique commune de prévention qu'elles auront arrêtée.**

Après les évènements de 1990 (« émeutes de Forest ») et les élections de 1991 (marquées par le score important de l'extrême-droite), le Conseil des Ministres adoptait la note « Sécurité du citoyen » le 19 juin 1992. Celle-ci allait permettre de lancer les premiers contrats de sécurité (septembre 1992) et la création du Secrétariat à la Politique de Prévention (SPP).

Dans les missions du SPP se trouve la problématique des drogues. Cette mission se retrouvera également dans le Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire adopté par le gouvernement fédéral en mai 2000. Depuis le 1er janvier 2002, le volet « Police » a disparu des contrats, ceux-ci ne comportant plus que le volet « Prévention ».

Les principaux axes de travail développés au sein des Contrats de Sécurité et de Prévention (nouvelle appellation depuis le 1er janvier 2002) concernant « la problématique des drogues » sont « orientés sur la coordination des actions en matière de drogues, les centres de sensibilisation, d'information et d'accompagnement, les centres d'accueil et d'hébergement, l'aide ambulatoire aux toxicomanes (accueil, suivi psychosocial et orientation des usagers de drogues), les centres de crise, le travail de rue. L'enveloppe budgétaire affectée par les villes à la prévention des nuisances publiques liées à la drogue » augmente considérablement[3].

Comme on peut le constater, le souci de prévention relatif à la question des drogues qui anime le gouvernement fédéral via le ministère de l'Intérieur déborde largement des questions strictes de sécurité, de répression et de contrôle des drogues pour s'immiscer dans les secteurs sanitaires, social et éducatif qui relèvent en grande partie des compétences des entités fédérées. C'est un phénomène connu, depuis les années 90, les politiques sécuritaires envahissent tous les espaces possibles de la vie des citoyens et des collectivités au nom de la prévention, créant dans le même temps une confusion sémantique lourde autour du terme « prévention » ce qui a pour effet d'entretenir le mélange des genres.

[3] VAN DE VLOET, Y., JAMOTTE, L., in Dix ans de contrats de sécurité et de prévention, sous la direction de MARY Ph., Ed. Bruylandt, Bruxelles, 2003, page 63.

Ainsi, dans les faits, différents niveaux de l'Etat se « partagent » la compétence « prévention des drogues » (fédéral, communautaire, régional, provincial, communal) et cela sans concertation ni, à l'heure actuelle, de volonté de cohérence entre les différents pouvoirs concernés. Il ne faut donc pas s'étonner que de nombreuses définitions des termes « prévention des drogues » coexistent dans le chef des responsables politiques et que des stratégies et des interventions très différentes soient développées dans les mêmes lieux, visant les mêmes publics avec des objectifs en apparence identiques. Tout et son contraire peut donc se voir labellisé sous le vocable « prévention » par les uns et les autres ce qui assure immanquablement la pérennité de ce chaos. Au public de se débrouiller pour s'y retrouver.

*Recommandation 13*

**Le Collège rappelle la nécessité de clarification du rôle et des compétences des différentes entités fédérées en matière de prévention pour éviter la confusion sur le terrain et les effets contre-productifs de l'intervention d'acteurs dont les mandats sont par trop différents voire incompatibles. Cette clarification nécessite la reconnaissance de la définition des termes de référence dont celui, central, de « prévention » que les trois entités (Communauté française, Région bruxelloise, Région wallonne) auront adoptée.**

Pour rappel et comme définie plus haut, la stratégie en matière de promotion de la santé consiste à informer, soutenir, accompagner et former les intervenants (professionnels et volontaires de terrain) susceptibles d'être confrontés à des questions de drogues ou en charge de l'éducation des jeunes et des adultes et notamment le personnel scolaire.

Or, en cas de besoin, ces intervenants sont confrontés aux différentes offres en présence :

- les programmes de développement personnel et de prévention des drogues destinés au champ scolaire développés par la police ; le programme MEGA de l'ex-gendarmerie, par exemple ;
- des interventions préventives musclées dans les écoles et les internats du type fouille intégrale avec chiens policiers, ou plus sournoises (souricières, par exemple) ;
- des programmes d'organismes privés (Clés pour l'Adolescence de la Fondation G. de Fortis, par exemple) ;
- les programmes des institutions reconnues et subventionnées par la Communauté française et la COCOF ;
- les initiatives développées par les pouvoirs publics provinciaux et communaux ;
- et, in fine, les propositions d'intervention émanant d'organisations sectaires.

Ce contexte complexe et particulièrement embrouillé pour les responsables (les P.O. des écoles par exemple) engendre sur le terrain des concurrences stériles et néfastes, des stratégies et des programmes aux objectifs contradictoires et en conséquence des effets pervers détricotant les acquis durement engrangés en matière de promotion de la santé et de prévention.

Dès lors que certains confondent aide individuelle et détection des cas, pédagogie et souricière, écoute et délation, prévention des assuétudes et prévention de la délinquance, etc., le public et les travailleurs de première ligne (adultes relais tels qu'éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux, animateurs, professionnels de la santé, etc.) ne s'y retrouvant pas, certains finissent par choisir les modes d'intervention les moins chers, les moins impliquants, les plus visibles et les moins dangereux (sur le plan électoral par exemple), et non pas les plus

pertinents et cohérents avec leurs missions, leur programme pédagogique et/ou leur position éthique.

Les pratiques répressives et sécuritaires étant présentées comme semblables aux pratiques de prévention du champ sanitaire, d'autres responsables éducatifs font appel tantôt aux uns, tantôt aux autres.

Dans le domaine scolaire, au cours des décennies, hormis quelques circulaires et initiatives sans lendemain, les chefs d'établissement ont été laissés seuls et démunis par les différents Ministres de l'Enseignement face à une question complexe qui appelle une politique claire et sans ambiguïté, à la hauteur de la mission de l'école.

Un premier jalon important a été posé récemment. Le Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 de la Communauté française, approuvé par le gouvernement, stipule que « en milieu scolaire, les autorités concernées veilleront à garantir l'application de la politique de promotion de la santé et de prévention de la Communauté française en matière d'assuétudes, ceci afin d'éviter les interventions préventives de la police qui sont contre-productives par rapport à cette politique ». Entre les textes et leur application un certain chemin reste bien sûr à faire puisqu'aucune disposition n'a à ce jour été prise par la Ministre de l'Enseignement.

Le manque de cadre de référence clair et le manque de moyens pédagogiques et éducatifs à disposition des responsables scolaires laisse la voie grande ouverte aux opérations désespérées guidées par la peur et le désarroi.

Quel meilleur climat que celui-là pour faire appel et justifier le débarquement spectaculaire et impressionnant (puisque destiné à impressionner) d'escadrons de police en arme accompagnés de chiens dans des écoles[4]. Opérations démesurées reposant le plus souvent sur des indices peu consistants (rumeurs, soupçons, etc.) et qui se soldent par des découvertes extrêmement maigres.

Par contre, les dégâts post-opératoires sont importants : aveu notoire de la perte d'autorité des directions, perte de confiance des élèves envers le personnel scolaire, insécurité de certains élèves au sein d'une école qui ne les a pas protégés par rapport à une telle violence, renforcement pour certains de la fracture entre jeunes et adultes pouvant renforcer tant la violence et la transgression des interdits pour certains que le repli sur soi voire le traumatisme pour d'autres. Si la police cherche à donner une image sympathique et humaine d'elle-même via des actions telles que le programme MEGA, il n'est pas sûr que les descentes musclées confortent cette image sauf à apprendre aux jeunes qu'un policier reste toujours un policier qui n'est ni un confident ni un ami.

L'éducation à la citoyenneté et au rapport des jeunes à la loi s'en trouvent-elles favorisées ?

[4] Les policiers débarquent à l'improviste et simultanément dans les classes, les élèves sont placés au milieu de la classe et reniflés un par un par les chiens qui indiquent les élèves qui seraient suspects. Ceux-ci subissent une fouille intégrale dans un autre local et les mineurs suspects sont déférés au parquet jeunesse.

*Recommandation 14*

**Le collège demande que les interventions policières musclées (du style fouille intégrale avec chiens policiers) ou plus sournoises (caméras et souricières par exemple) soient proscrites car contre-productives dans l'enceinte scolaire.**

**L'école doit être un lieu ou la pédagogie et l'éducation priment sur la prévention de la criminalité et de la délinquance. La médiatisation des opérations sécuritaires étant également à proscrire.**

Quant aux actions plus informatives de la police (information délivrée au personnel scolaire mais aussi programmes de développement personnel pour les élèves, de gestion du stress, etc., programme MEGA, par exemple), celles-ci posent de sérieux problèmes à différents niveaux et notamment[5] :

- concernant la compétence des policiers sur le plan pédagogique et sur le plan de leur formation (connaissances médicales, psychologiques, de santé publique, de promotion de la santé, etc.);

- concernant les conséquences de ce type de stratégie :
    - disqualification des éducateurs en place (en l'occurrence les enseignants et la direction) en se substituant à eux pour aborder le sujet, ce qui pourrait laisser croire qu'ils ne seraient pas à même de le traiter eux-mêmes;
    - renforcement de la mythologie du fléau de la drogue que seuls des spécialistes pourraient aborder;
    - confusion quant aux rôles du policier dans la société : le policier – professeur, le policier – psychologue, le policier – confident, le policier – ami, etc.;
    - confusion et jeux avec les codes de déontologie et le secret professionnel : le policier invite les élèves au dialogue franc et à la confidence alors qu'il n'est pas tenu par le secret professionnel, quand ce n'est pas l'invite à la délation adressée aux personnels scolaires et/ou aux élèves;
    - et enfin, l'image désastreuse renvoyée indirectement aux élèves par l'école quant à la façon d'aborder un problème de société qui les concerne tous.

*Recommandation 15*

**Pour le Collège, la cohérence et la pertinence des interventions à des fins de prévention et d'éducation à destination du milieu scolaire, notamment, nécessitent de retirer ce type d'intervention des missions des forces de police (séances d'informations, programme MEGA et autres, etc.). Ces interventions (promotion de la santé, prévention, réduction des risques) telles que définies dans ce plan relèvent des secteurs de la santé et de l'éducation.**

Outre la stratégie sécuritaire des forces de l'ordre consistant à pénétrer les espaces publics et privés, dont l'enceinte scolaire, pour y développer des interventions de prévention de la criminalité et de contrôle social, il faut donc constater que face aux discours à la fois flous et contradictoires des autorités, beaucoup de pouvoirs organisateurs éprouvent des difficultés dans la définition d'une ligne de conduite en matière de prévention des assuétudes et de

[5] Ces actions sont réalisées à la demande de directions d'écoles ou d'enseignants et/ou suite à des démarches proactives de la police vers les établissements scolaires.

gestion de situations en lien avec l'usage de drogues Ils sont dès lors preneurs des offres attractives des forces de l'ordre : accessibilité, disponibilité, gratuité et visibilité.
Pourtant, rappelons-le, les objectifs et les offres respectives des uns et des autres sont radicalement différents et ne sauraient être confondus. Les deux missions – prévention et répression – sont utiles à la société, mais elles sont distinctes. Nous pensons qu'elles doivent le rester, afin que chacune d'entre elles soit accomplie dans la confiance des usagers et des non-usagers[6].

Enfin, certains seraient partisans d'au moins confier aux policiers le rappel de la loi en matière de drogues dans les écoles. Ceux-ci visiteraient les classes d'élèves pour rappeler l'interdit et les dispositions légales prévues en cas d'infraction. Interdit connu, par ailleurs, de tous ; sinon pourquoi les jeunes se cacheraient-ils pour consommer et acheter leur produit ? L'idée est d'autant plus inepte qu'à nouveau la mythologie qui entoure les drogues justifierait l'intervention d'un expert qui se substituerait à l'enseignant. Mais, les enseignants font-ils appel au policier pour rappeler que le vol est interdit ainsi que les bagarres en cour de récréation, la tricherie aux examens, les graffitis sur les bancs, les insultes, etc. ? Et, les policiers n'ont-ils rien de mieux à faire, eux qui se plaignent de manquer d'effectifs ?

*Recommandation 16*

**Le Collège demande que la Communauté française et notamment les Ministres en charge de l'Enseignement prennent les décisions qui s'imposent pour que la politique décidée par le gouvernement de la Communauté française en matière de prévention des assuétudes (cf. Programme quinquennal de la Communauté française) soit appliquée, respectée et développée dans les écoles à l'exclusion des propositions émanant des forces de police et des institutions non reconnues par la Communauté française (et les Régions).**

**L'installation d'un climat et de mesures de type sécuritaire dans les établissements scolaires doit être dénoncée par les instances compétentes en matière d'éducation, d'enseignement et de santé afin de faire respecter les missions premières de l'école.**

Face à l'ampleur des moyens dont dispose le ministère de l'Intérieur pour faire « sa » prévention, les moyens actuels mobilisés par la Communauté française et les Régions sont dérisoires.
Ce manque de moyens du secteur socio-sanitaire est d'ailleurs régulièrement avancé par la police pour motiver ses interventions dans notre champ.
Une récente étude[7] réalisée sur l'ensemble de la Belgique est éclairante. Concernant la politique des drogues :

- 54 % des dépenses publiques sont consacrées à la sécurité et la répression ;
- 38 % sont consacrés à l'assistance (soins et traitements) ;
- 4 % sont consacrés à la prévention.

Le manque de moyens de tous ordres à disposition des institutions spécialisées en prévention et promotion de la santé ainsi que des intervenants de première ligne auprès des jeunes empêche la proactivité indispensable pour faire primer l'éducatif et le pédagogique.

---

6 Voir à ce sujet : RWUBUSISI M., Secret professionnel. Le droit de se taire face à l'obligation de collaboration, Ministère de la Communauté française, 2002.

7 De Ruyver B., Pelc I., Casselman J., Geenens K., Nicaise P., From L., Vander Laenen F., Meuwissen K., Van Dijk A., La politique des drogues en chiffre, Academia Press, Gent, 2004, page 471.

Et l'éducation face aux drogues et aux dépendances ne se fait pas en quelques coups de cuillère à pot. Aider les éducateurs à réaliser cette mission demande du temps, du courage et de la disponibilité. Il s'agit de mettre à chaque fois en place un processus de travail et de pouvoir accompagner les acteurs de première ligne au quotidien.

Dans le champ scolaire, à côté des centres PMS, les nouvelles structures PSE pourraient constituer dans le futur – et à condition qu'elles disposent des moyens nécessaires – des aides importantes.

Ce manque de moyens concerne aussi le travail à mener auprès des publics plus vulnérables ou dans des milieux cibles tels les lieux de sorties des jeunes.

*Recommandation 17*

**Le Collège demande que des moyens soient dégagés (sur les plans décisionnels, des ressources humaines, logistiques et financières) dans les différents secteurs concernés (école, jeunesse, aide à la jeunesse, santé, loisirs et sport) afin de développer une politique de prévention consistante dans les différents milieux de vie des jeunes et de leur entourage telle que définie dans ce rapport. Ceci afin notamment de faire face aux autres types d'initiatives non souhaitées (sectes, entreprises privées sponsorisant ou menant des programmes de prévention, forces de l'ordre, etc.).**

*Recommandation 18*

**Le Collège souligne la nécessité d'assurer une reconnaissance des équipes spécialisées en prévention (et donc promotion de la santé et réduction des risques) afin de garantir leur stabilité (réduire la situation de précarité des travailleurs), garantir l'investissement des deniers publics (efficience – maintenir le personnel compétent et expérimenté dans les équipes et garantir la continuité du travail sur le terrain) et dégager ces peu nombreux services de l'obligation de rentrer des dossiers annuels de demandes de subvention. Cette reconnaissance pourrait être portée à 5 ans comme c'est le cas dans les régions.**

*Recommandation 19*

**Le Collège rappelle que les équipes spécialisées en prévention (et donc promotion de la santé et réduction des risques) comptent aussi des travailleurs sous statut ORBEM (ACS), FOREM (APE), Maribel social, etc.**
**Des moyens sont demandés aux pouvoirs publics afin de couvrir les frais de fonctionnement ainsi que les dépassements d'enveloppe salariale non compris dans ces types de contrats (par exemple, reconnaissance de certaines anciennetés). Il est également demandé que ces frais supplémentaires puissent être couverts par les subventions lorsque cela est possible pour le service.**

## ➢ Le tabac

La création d'un fond public de lutte contre le tabagisme avait été décidée sous le gouvernement Verhofstadt I et confirmée dans l'accord gouvernemental en août 2003. Un projet d'accord de coopération avec les entités fédérées entérinait, en mai 2002, les montants revenant aux communautés et régions.
Rien ne leur fut jamais versé alors que la promotion de la santé et la prévention relèvent de leurs compétences. Selon nos informations, des problèmes technico-juridiques empêcheraient le versement de ces fonds dit-on au ministère des Finances. Dès lors, c'est le gouvernement

fédéral qui, d'une certaine manière, en bénéficie pour réaliser ses propres campagnes de prévention.
Par contre, le fond privé créé par le Ministre des Finances et alimenté par les cigarettiers a fonctionné dès 2002 au profit de la Fondation Rodin !

*Recommandation 20*

**Le Collège recommande aux représentants des entités fédérées auprès du gouvernement fédéral de tout mettre en œuvre pour que l'accord de coopération concernant le fond Tabac soit effectif et mis en application sans délai.**

Dans le cadre d'une approche globale des substances psycho-actives, le tabac fait partie des substances prises en compte par les services spécialisés en promotion de la santé, prévention et réduction des risques en matière de drogues.
Néanmoins, le discours des autorités publiques et des spécialistes en tabacologie se fonde généralement sur le seul paradigme de l'abstinence ; les campagnes publiques de prévention et d'information recourrant d'ailleurs le plus souvent à l'argument de la peur pour dissuader mais aussi en dénigrant et stigmatisant les fumeurs (comme on l'a fait vis-à-vis des usagers de drogues illicites).

Si l'éradication du tabac de la planète peut être le rêve que nourrissent certains, ce n'est en tout cas pas une réalité. Dès lors, comme pour les drogues illégales, à côté des stratégies et dispositifs visant l'abstinence, il est indispensable de développer des modes de réduction des risques pour ceux qui n'ont pas pris la résolution d'arrêter de fumer.
En effet, la politique sanitaire en matière de tabac gagnerait à recourir à des stratégies diversifiées visant tant les non-fumeurs et les fumeurs souhaitant arrêter (ceux qui y parviennent et ceux qui n'y parviennent pas) que ceux qui ne sont pas résolus à l'arrêt.

Sur le plan politique et sur le terrain, le bon sens indique que les violons s'accordent entre les différents types d'approches et oeuvrent de concert : la promotion de la santé y gagnerait à plus d'un niveau.

Enfin, il s'agirait d'étudier les effets des différents volets des politiques développées en matière de tabac afin d'évaluer les bénéfices mais aussi les effets négatifs et les problèmes engendrés par ces politiques : par exemple, la politique d'augmentation du prix du tabac et la stimulation d'un marché clandestin mettant des cigarettes davantage toxiques en circulation (création de toute pièce d'un marché clandestin à l'instar de celui des drogues illicites), des sanctions en cas d'infraction aux différentes juridictions qui soient disproportionnées par rapport au problème posé (dans les écoles, les administrations publiques, les lieux de travail, etc.) : le renvoi pour des élèves récidivistes, par exemple, etc.

*Recommandation 21*

**Dans le cadre d'une approche globale des substances, le Collège recommande le développement de stratégies de réduction des risques en matière d'usage de tabac à côté des stratégies visant l'abstinence et l'arrêt de l'usage, de manière à élargir le spectre des stratégies développées.**

*Recommandation 22*

**Le Collège recommande le financement d'études destinées à évaluer les effets des politiques menées en matière de tabac. Ceci afin de prévenir dès que possible les effets particulièrement néfastes de certaines mesures légales, économiques, sanitaires, etc.**

## ➢ L'alcool.

La problématique de l'alcool a jusqu'à présent peu mobilisé l'intérêt sur le plan préventif. Peut-être faut-il y voir les conséquences de son caractère licite et de son inscription dans notre culture, la banalisation de sa consommation ou encore l'existence de protocoles de soins qui pourraient expliquer le peu d'attention mais aussi la tolérance tant médicale que de l'appareil répressif qui est bien plus grande à son égard que pour les autres produits.

Par ailleurs, il faut aussi noter qu'un tabou certain entoure l'alcoolisme et probablement ses formes les plus silencieuses, l'alcoolisation quotidienne, l'alcoolisme mondain, l'alcoolisation excessive.

Sur le terrain, les services spécialisés en promotion de la santé, prévention et réduction des risques abordent l'alcool au même titre que les autres substances psycho-actives (approche globale), d'autant que cette substance est bien souvent présente, tout comme le tabac, dans les consommations de drogues illicites.

Néanmoins, certains phénomènes nécessiteraient qu'on y attache une attention particulière : la modification des comportements de consommation d'alcool des jeunes, le développement de stratégies commerciales particulièrement agressives de la part des producteurs et distributeurs, certaines attitudes et comportements des adultes à l'égard de l'alcool et la conduite de véhicules.

A l'égard des jeunes, on sent beaucoup d'adultes et d'éducateurs en peine de trouver les motifs d'en parler, d'aborder ce type de consommation, les questions qu'il pose (les limites, le sens, le bon usage, etc.) et les réponses que les adultes peuvent proposer. Sans partir en croisade et déclencher une nouvelle guerre (comme celles qui furent déclarées contre la drogue et le tabac), des stratégies s'inscrivant au contraire dans les principes et l'éthique de la promotion de la santé doivent être développées afin :

- de renforcer l'éducation des jeunes sur l'alcool ;
- de proposer et/ou développer des alternatives pertinentes à la consommation d'alcool par les jeunes ;
- de privilégier la sensibilisation et la formation des adultes-relais auprès des jeunes ;
- de viser à restreindre certaines pratiques promotionnelles et la publicité en matière d'alcool voire les interdire ;
- de viser en priorité le mésusage d'alcool davantage que l'alcoolisme ;
- d'analyser les cadres juridiques afin de proposer des améliorations rencontrant les objectifs de promotion de la santé et de prévention.

Ces stratégies nécessitent :

- d'inscrire les actions de prévention dans le cadre large de la promotion de la santé et donc du bien-être ;
- l'éducation à une consommation responsable qui ne diabolise ni l'alcool, ni les buveurs et qui ne vise ni l'abstinence ni la banalisation,
- de s'appuyer sur les pratiques de réduction des risques.

Certaines initiatives récentes dans les champs sanitaire et socio-éducatif ont montré l'émergence d'un consensus par rapport aux approches décrites ci-avant et notamment l'intérêt pour le développement d'actions et de partenariats intersectoriels sur la thématique « Jeunes et alcool ».

*Recommandation 23*

**En parallèle à l'approche globale des assuétudes – incluant donc l'alcool – le Collège recommande de soutenir les initiatives plus spécifiques relatives à l'alcool telles que décrites dans ce plan et notamment les partenariats et autres actions intersectoriels susceptibles de permettre aux jeunes de mieux maîtriser leur rapport à l'alcool.**

*Recommandation 24*

**Le Collège insiste pour que ces actions, qu'elles soient de l'ordre de la promotion de la santé, de la prévention ou de la réduction des risques, s'inscrivent dans les principes et l'éthique de la promotion de la santé.**

### ➢ Le dopage

Dans une approche globale des substances psycho-actives (alcool, drogues illégales, tabac, certains médicaments et certains produits d'usage domestique tels les solvants), les substances utilisées dans le cadre du dopage sont prises en compte. Celui-ci fait d'ailleurs l'objet d'un décret de la Communauté française.
Cependant, dans les délais qui lui étaient impartis, le Collège n'a pu traiter cette question complexe.

## 1.2. Constats en matière de réduction des risques.

*Les ingérences du secteur judiciaire / intérieur dans le secteur sanitaire.*
En dépit de l'existence d'un AR réglementant l'échange de seringues, (AR du 5 juin 2000 sur l'échange de seringues (loi du 17 novembre 1998) publié le 7 juillet 2000), les acteurs de l'échange de seringues sont confrontés aux parquets locaux qui par exemple instituent des normes « locales » en terme d'échange. Un procureur va ainsi déterminer que l'échange ne peut porter que sur 5 seringues, bien que dans l'AR aucune référence à des quantités maximales ou minimales ne soit faite.

Des brochures de réduction des risques, et des stands d'information pour usagers de drogues en milieu festif financés par la Communauté française ont été interdits dans l'arrondissement judiciaire de Dinant.

Les déclarations de M. Verwilghen, ex-Ministre de la Justice, ont jeté le discrédit sur les actions de réduction des risques en milieu festif avec pour conséquence des refus de présence de telle équipe par les autorités locales et par les organisateurs d'événements.

*La réduction des risques liés aux usages de nouvelles drogues de synthèse et le testing de pilules.*
L'analyse de pilules dans le cadre d'événements festifs a débuté en 1998 dans le cadre du festival de Dour. Depuis 2002, ce projet, destiné dans un premier temps à être étendu à l'ensemble de la Communauté française, ne peut se développer. Actuellement existant sous forme de projet expérimental financé par la Communauté française, il rencontre une opposition de la part des Ministres de la Justice et de la Santé (fédéral). On peut se poser la

question du sens de cette obstruction, cette pratique ayant été reconnue dans la Note politique fédérale du gouvernement fédéral et identifiée comme relevant des entités fédérées.

- **La réduction des risques en prison**

Le principe d'équivalence des soins pour la personne détenue par rapport à une personne non-détenue n'est pas respecté, contrairement aux recommandations internationales. En particulier en prison, il n'existe pas d'accès au matériel d'injection stérile (ni au produit désinfectant) par opposition du ministère de la Justice.

De manière générale, c'est le Ministre de la Justice qui est responsable de la politique en matière de drogues au sein des institutions pénitentiaires, y compris les soins aux personnes détenues. Il est mentionné dans la note fédérale que le Ministre de la Justice « se concerte avec la Ministre de la Santé publique et négocie avec les Communautés au sujet de l'organisation de l'assistance, des campagnes de prévention et de la formation du personnel des établissements pénitentiaires. » (on se reportera également pour compléter ce point à la recommandation 58).

## *2. Constats par rapport au cadre fixé au niveau des politiques des entités fédérées (Communauté et Régions) sur le plan de la promotion de la santé et sur celui de la réduction des risques*

### 2.1. Constats en matière de promotion de la santé.

Sur le terrain, pour les équipes au travail, il s'agit de pouvoir répondre aux demandes et aux besoins tels qu'ils se présentent. Ainsi, à tel moment, dans telle situation, il sera indiqué de développer telle stratégie qui relève de la promotion de la santé alors que dans telle autre situation c'est une stratégie visant la réduction des risques qui serait judicieuse voire un mélange de plusieurs logiques. Dès lors, pour les intervenants spécialisés en « prévention », il s'agit d'être polyvalents mais aussi de pouvoir disposer des latitudes nécessaires pour pouvoir s'adapter et développer les actions nécessaires quelque soit la logique qui les sous-tend (promotion de la santé, prévention, réduction des risques).
Il arrive cependant que les services concernés soient mis en grande difficulté car telle ou telle activité est contestée par la Communauté ou la Région sous le prétexte qu'elle ne relève pas de la compétence dudit ministère.
Or, le découpage des niveaux et des types d'activités dans le champ de la santé entre entités fédérées est purement théorique et historique (la fédéralisation). Par ailleurs, les équipes de « prévention » du secteur de la promotion de la santé sont le plus souvent des équipes résultant de montages élaborés au fil du temps (cofinancements pouvant venir de la promotion de la santé, de l'éducation permanente, du décret Services actifs en toxicomanie de la Région bruxelloise et d'autres… FOREM, ORBEM, Maribel social,…). Ces équipes, de surcroît, si peu nombreuses ne devraient plus être l'enjeu et les otages de tels conflits de compétences entre pouvoirs publics francophones. Que du contraire ! Le manque de moyens mis à disposition du public est tel que ces initiatives de cofinancement devraient être encouragées et développées d'autant qu'elles répondent aux vœux d' « actions conjointes » et de « stratégies transversales » des niveaux de compétences inscrits dans le cahier des charges du présent collège.

*Recommandation 25*

**Le Collège souligne que des moyens accrus et des collaborations transversales doivent permettre le développement de projets de prévention et de promotion de la santé cohérents et durables. Ces projets ne sauraient être développés que sur le long terme. Les mesures à prendre doivent donc être structurelles afin de diminuer progressivement le sentiment d'impuissance de toutes les parties.**
**De même, l'aspect « intégré » de cette politique ne doit pas être un vain mot : il implique l'établissement du dialogue entre tous les partenaires, afin que les initiatives soient portées par tous, en tant que sujets de l'action, et pas seulement objets de l'aide ou des mesures.**

*Recommandation 26*

**Le Collège recommande que la « mutualisation » des financements des équipes spécialisées soit valorisée et ne fasse pas l'objet de tiraillements entre ministères dont les institutions et leurs travailleurs sont l'otage. A cette fin, le Collège recommande la mise en place d'un dispositif interministériel pour l'examen et le suivi des projets transversaux recouvrant diverses compétences ministérielles (RW, CF, CCF).**

Sur le plan de la couverture géographique et des besoins locaux, les ressources en termes d'institutions spécialisées sont, nous l'avons souligné, très limitées et ne couvrent pas de façon systématique l'ensemble du territoire de la Communauté française.
Rappelons-le, cette réalité est un des arguments avancés pour justifier les interventions de la police dans les établissements scolaires.

Le Collège n'ayant pas été en mesure de dresser un état de la situation afin de déterminer les régions où les besoins en terme de ressources (services de prévention spécialisés) sont les plus criants, il serait utile de le réaliser.

Tant les acteurs de première ligne des différents secteurs concernés (enseignement, santé, jeunesse, loisirs, famille, etc.) que les intervenants spécialisés en « prévention » des assuétudes fonctionnent de façon dispersée et cloisonnée. Ce n'est pas un choix délibéré mais une situation résultant du manque de temps et de moyens : chacun est contraint à travailler dans son coin.
Dans la situation actuelle, l'efficacité attendue de la prévention nécessite de rassembler tous les acteurs de la santé et de l'éducation au sens large autour d'une approche commune et partagée. Cette convergence d'esprit devrait permettre la mutualisation des moyens et des ressources au profit d'une politique et d'un dispositif préventif qui ait de l'envergure.
Tout en respectant les missions et la professionnalisation de chacun, ce rassemblement via, par exemple, la transversalité et la concertation permettrait davantage de cohérence entre les politiques menées et les actions développées, ce qui constituerait à terme une réponse forte et consistante aux problèmes posés par les usages de drogues et les assuétudes.

Sur ce plan, les Contrats de Sécurité et de Prévention ont permis la mise en place de certaines réponses au niveau communal, ce qui doit être souligné. Mais, les approches et les actions développées sont loin d'être univoques et homogènes entre elles.

La cohérence et/ou le lien avec les approches « promotion de la santé, prévention et réduction des risques » sont trop souvent ténus et les constats dressés au point précédent sont ici aussi de mise.
Peut-être peut-on y voir la limite du modèle de la municipalisation pour une telle problématique. Certes, en finançant certaines communes, le ministère de l'Intérieur poursuit son objectif de sécurisation de ces localités. Mais sur le terrain, si chaque bourgmestre ou échevin développe sa politique en parallèle d'autres interventions, cela ne contribue-t-il pas à augmenter la cacophonie pour le citoyen ? Vers qui se tourner ? Qui a raison ?
En fonction des réalités locales, des solutions diversifiées (CLPS[8], Réseau assuétudes,…) ne pourraient-elles pas être le lieu de rassemblement, de rencontre et de concertation des différents acteurs impliqués et/ou concernés sur le plan locorégional. Nous n'irions pas jusqu'à la coordination tant l'expérience montre la contre-productivité d'un système conférant à un secteur la coordination des autres.

*Recommandation 27*

**Le Collège souligne la nécessité de trouver des lieux permettant le rassemblement des acteurs de première ligne les plus divers, concernés et confrontés à la problématique des assuétudes sur le plan locorégional. Une étude devrait être menée afin de trouver le type de structure optimale permettant la rencontre, l'échange et la concertation entre ces intervenants.**

### ➢ Les parents et la prévention.

Développer des actions à destination des parents est extrêmement complexe. Ce n'est pas impossible mais du temps et des moyens sont nécessaires pour toucher ce public de façon significative. Par contre, ceux-ci peuvent suivre et être indirectement touchés par ce qui est organisé pour les enfants, à l'école principalement. La politique développée dans le champ scolaire se doit donc d'être à ce niveau claire et sans ambiguïté.

La pédagogie est ici aussi nécessaire de même que la ferme détermination pour expliquer aux parents le rôle éducatif de l'école qui doit primer sur les politiques de gestion et de répression des désordres. Le malaise et la méconnaissance conduisent beaucoup de parents à applaudir les interventions policières dans les écoles (comme si la peur du gendarme venait remplacer l'autorité parentale défaillante) tant que leurs enfants ne sont pas concernés par ce type de problème !

## 2.2. Constats en matière de réduction des risques

### ➢ Réduction des risques et le cadre

En dépit de la reconnaissance implicite de la réduction des risques dans le décret de la COCOF, la spécificité du travail de réduction des risques ne trouve pas dans ce décret un cadre permettant le financement de certaines initiatives de réduction des risques tel qu'un comptoir d'échange de seringues ou le travail de proximité que ce soit par des travailleurs de rue ou par les pairs.

[8] Il y a en 10 répartis sur le territoire de la Communauté française.

## ➢ Réduction des risques et nouveaux projets

Les stratégies de réduction des risques, doivent souvent innover, dans un cadre légal inconfortable. D'une part, ces stratégies sont relativement récentes et donc en développement. D'autre part étant donné les modes de consommation et les publics concernés en constante évolution, elles doivent développer des réponses adaptées à de nouveaux besoins.

## ➢ Réduction des risques et produits licites : le tabac et alcool

Les stratégies de réduction des risques sont par définition, en terme de santé publique, pertinentes quelque soit le produit. On assiste actuellement à une dualisation paradoxale du niveau d'acceptation de ces stratégies en fonction du statut licite ou illicite de la consommation. Les apports de la réduction des risques reconnus en partie du moins en ce qui concerne les consommations illicites, n'obtiennent aucun crédit quand il s'agit de produit licite tel le tabac.

## ➢ Réduction des risques et nouvelles initiatives

### o Les salles d'injections (« shooting room »)

Les projets de salles d'injection existent dans de nombreux pays européens; elles sont absentes en Belgique. Ces salles d'injections permettent un meilleur contact avec les usagers de drogues en évitant que ceux-ci s'injectent en rue et permettent de réduire les risques infectieux liés à ces injections.

Dans certaines villes comme Liège, Bruxelles ou Charleroi, des projets sont déjà à l'étude, mais ne peuvent voir le jour par manque de moyens et/ou par les difficultés à faire accepter par le pouvoir judiciaire.

### o La délivrance contrôlée d'héroïne

Un projet expérimental de délivrance contrôlée d'héroïne est à l'étude depuis de nombreuses années. Une étude récente financée par le service fédéral de politique scientifique[9] conclut que d'une part ce programme est faisable au point de vue légal et administratif, d'autre part qu'il est souhaitable en terme de santé publique et enfin qu'il a globalement un coût-bénéfice positif.

## ➢ Réduction des risques et prévention des maladies infectieuses : dispositifs d'échange de seringues

### o Les dispositifs d'échange de seringues

Les entités fédérées sont responsables de l'exécution et du financement de l'échange de seringues.

Les dispositifs d'échange de seringues constituent non seulement des lieux où des personnes peuvent acquérir gratuitement du matériel d'injection stérile mais aussi de l'information, une écoute, voire une orientation des demandes psycho-sociales. Il s'agit également de provoquer une première prise de contact avec le secteur socio-sanitaire pour des personnes particulièrement exclues.

Or les moyens disponibles actuellement sont très insuffisants pour assurer un accès satisfaisant aux usagers de drogues.

---

9 DHCo. Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. Etude de faisabilité et de suivi : rapport final *Ansseau, Marc - Gustin, Fréderic - Hodiaumont, Fabienne ... et al* Gent : Academia Press, 2005 (PB6113)

Les moyens pour l'acquisition de matériel stérile sont insuffisants. En particulier ils ne permettent pas de couvrir les besoins en terme de prévention des hépatites. On observe ainsi à Liège par exemple que le principal comptoir d'échange de seringues (de la Communauté française) ne distribue aucun matériel pour prévenir la transmission des hépatites C ; dans les autres comptoirs, ce matériel est disponible de manière rationnée.

Il est impossible de financer l'ouverture de nouveaux comptoirs en dépit d'une demande, faute de matériel.
Les ressources humaines sont insuffisantes pour permettre un accès optimal au comptoir d'échange de seringues. Des dispositifs sont contraints de limiter leur accès.
La couverture géographique des dispositifs d'accès au matériel d'injection est insuffisante.

- Le vaccin contre les hépatites B

Il n'existe actuellement pas de programme d'accès gratuit au vaccin contre l'hépatite B pour les usagers de nouvelles drogues par voie intraveineuse. Ce vaccin est également inaccessible en prison.

- Le dépistage des hépatites B et C et du VIH

L'accès au dépistage des usagers de drogues infectés par le VIH et les hépatites est insuffisant. Des partenariats entre les dispositifs d'échange de seringues et les centres de dépistage permettent un meilleur accès.

## 2.3. Recommandations en matière de réduction des risques

- **Reconnaissance de la réduction des risques comme stratégie de santé publique pertinente et nécessaire**

*Recommandation 28*

**Le Collège insiste pour que les entités fédérées affirment leurs compétences en matière de réduction des risques sanitaires liés à l'usage des drogues.**

*Recommandation 29*

**Le Collège demande un soutien politique de la part des entités fédérées aux acteurs de la réduction des risques afin de leur permettre d'atteindre les objectifs de santé qui leur sont confiés et de développer de nouvelles initiatives. Ce soutien est nécessaire de manière urgente auprès du Ministre de la Justice afin d'assurer la bonne marche des programmes d'échange de seringues et des actions de réduction des risques en milieu festif et en particulier pour permettre la mise en place d'un projet expérimental avec testing de pilules pour usagers de nouvelles drogues de synthèse.**

*Recommandation 30*

**Le Collège recommande de négocier des normes en terme de présence d'équipes de réduction des risques dans certains lieux festifs à risque, comme c'est le cas pour la présence de la Croix-Rouge lors de rassemblements publics.**

- **Financement des équipes et projets de réduction des risques :**

*Recommandation 31*

**Le Collège demande aux autorités fédérées d'assurer que leur cadre législatif permette le financement de projets de réduction des risques en reconnaissant la spécificité du travail de réduction des risques.**

*Recommandation 32*

**Le Collège demande que les autorités fédérées assurent un financement adéquat tant en terme de ressources humaines que de matériel pour les dispositifs d'échange de seringues afin de couvrir les besoins de la population concernée.**

*Recommandation 33*

**Le Collège insiste pour que l'accès au dépistage (VIH, hépatites) et l'accès aux vaccins (hépatite B) soient facilités.**

*Recommandation 34*

**Le Collège recommande que des moyens soient mis à disposition pour permettre le développement de projets pilotes tels que les salles d'injection et la délivrance contrôlée d'héroïne.**

- **Prévention et réduction des risques en prison :**

*Recommandation 35*

**Le Collège insiste pour que la coopération soit effective avec le ministère de la Justice afin que les détenus puissent comme tout citoyen bénéficier des programmes de prévention et de réduction des risques mais aussi de traitements adéquats.**

# Constats en matière de prévention appliqués à deux milieux de vie des jeunes : l'enseignement et les organismes de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse

## *1. L'enseignement*

### 1.1. Constats concernant le cadre de la promotion de la santé et de la prévention à l'école

Principal lieu de vie des jeunes et touchant le plus grand nombre, l'école est un partenaire privilégié pour favoriser la réflexion et les échanges entre jeunes et adultes autour de la question des drogues dans une perspective de promotion de la santé.
Même si différentes approches et stratégies coexistent sur le terrain scolaire, des tendances générales concernant les pratiques de terrain se dégagent en matière de prévention globale et spécifique menées par les services spécialisés en prévention des assuétudes reconnus par la Communauté française et la Région bruxelloise (COCOF) ; ces tendances ont pu se déployer en référence au cadre posé par le décret du 14 juillet 1997 et son programme quinquennal 1998-2002. Parallèlement la dialectique entre les lignes de force définies par la politique de promotion de la santé et l'expérience des professionnels de terrain oeuvrant dans le domaine de la prévention des assuétudes ont favorisé l'émergence d'initiatives adaptées à chaque contexte et situation particuliers, le travail du renforcement des compétences et des ressources des adultes relais (sensibilisation, formation, accompagnement, … suivant les demandes), l'intégration du travail de prévention et de promotion de la santé dans le quotidien d'une école, l'analyse de la problématique dans sa complexité et sa globalité, la prise en compte des déterminants de la santé et des différentes références normatives : la Loi, le règlement et les trajectoires de vie des jeunes et des adultes.

### 1.2. Constats concernant le cadre méthodologique des intervenants des services spécialisés

Les projets de prévention/promotion de la santé qui se mettent en place dans les écoles sont particuliers puisqu'ils tiennent compte de cet environnement spécifique.

Les principaux constats observés sont :
- l'aide aux jeunes via le public intermédiaire des "adultes relais" (ne pas intervenir à la place des enseignants mais les accompagner) ;
- la construction de démarches englobant tous les partenaires de l'école (on peut toujours aborder la question des drogues par différents regards) ;
- l'appui à la constitution de réseaux (entre établissements, avec la communauté locale, …);

- le développement d'actions et de réflexions continues visant des changements durables en termes de qualité de vie plutôt que la réalisation d'activités ponctuelles (animations, conférences "choc") en réaction à une situation "de crise" ;
- une attention simultanée au développement d'attitudes préventives (en amont) et de capacités à gérer les risques (en aval des consommations) ;
- l'inscription des consommations, licites et illicites, dans une réflexion globale sur la santé et le bien-être des jeunes (estime de soi, environnement humain soutenant, qualité du réseau d'interventions, …).

*Recommandation 36*

**Le Collège recommande la promotion d'une approche positive de la santé au sein de l'école en associant tous les acteurs concernés et en s'appuyant sur les initiatives locales.**

*Recommandation 37*

**Le Collège invite à favoriser et à soutenir les passerelles entre le secteur promotion de la santé et le secteur de l'enseignement.**

*Le Collège souhaite en effet que chaque école s'inscrive dans un engagement pédagogique en accord avec l'autorité, la Ministre de l'Enseignement et son administration, à propos de la problématique des assuétudes : ceci doit se retrouver dans le programme pédagogique de l'école, en relais d'un volet spécifique présent dans le contrat stratégique pour l'éducation. (il faut déplorer l'absence de la promotion de la santé dans celui-ci).*

*De même, les établissements qui concluraient des contrats "école-parents" (Cf. Contrat stratégique pour l'éducation) devraient y inclure des informations en matière de promotion de la santé, afin de favoriser l'émergence d'initiatives associant les professionnels de l'établissement et les associations de parents.*

*Recommandation 38*

**Le Collège estime qu'il faut développer et favoriser le travail en réseau et la mise en place de partenariats au niveau local .**

**Il s'agit en effet de favoriser des expériences pilotes axées sur une vision positive de la santé et qui concernent tous les acteurs de l'école, voire des projets "santé" inter-établissements. Ces projets devraient être accompagnés par les professionnels du secteur promotion de la santé et ceux des P.M.S. et des P.S.E.**

**Par ailleurs, "Le contrat stratégique pour l'éducation" fait référence à l'approche territoriale par "bassins scolaires". Si la définition semble encore floue, cela ouvre peut-être un contexte nouveau pouvant servir d'appui à des initiatives locales. La question reste ouverte !**

*Recommandation 39*

**Le Collège invite l'autorité à se positionner clairement, que des directives précises soient données :**

- **en matière de collaboration, en particulier avec les organismes de formation**
- **en recommandation aux P.S.E. et P.M.S.**
- **en matière de suivi et d'évaluation.**

## 1.3. Constats à propos des difficultés du terrain

Le secteur scolaire n'est pas suffisamment informé et formé en matière d'assuétudes. Beaucoup d'établissements manquent de moyens et de disponibilité de temps. Il est à noter à ce propos que la mise en œuvre d'un certain nombre de projets dans les écoles secondaires a pu être poursuivie grâce aux moyens financiers supplémentaires accordés directement aux institutions scolaires, dans le cadre de la circulaire du Ministre de l'Enseignement secondaire en Communauté française durant la législation précédente (circulaire Hazette 2000-2002).
Si développer la promotion de la santé dans le milieu scolaire peut être soutenu et favorisé par des moyens attribués aux écoles, il faut parallèlement élargir les moyens des dispositifs existants, à savoir les organismes "dédiés" à des missions de prévention/promotion de la santé (dit services spécialisés). En effet, ceux-ci sont trop peu nombreux et/ou manquent de moyens pour assurer l'accompagnement de ces projets. De plus, les subventions par programmes (souvent annuelles) de la Communauté française ne permettent pas d'assurer des engagements de personnels dans la durée et de s'assurer une formation continuée. Or, une telle durée est indispensable tant la prévention sous-entend, pour être efficace, des transformations profondes (travail sur les représentations, les valeurs, les changements de pratiques) dont l'installation ne peut en aucun cas être mise en péril par de soudaines décisions politiques.

*Recommandation 40*

**Comme demandé dans des recommandations du point 2.1.1., le Collège invite les autorités de l'enseignement et de la promotion de la santé à prendre des mesures structurelles pour dégager des moyens vers les écoles et les services spécialisés.**

*Il faut mettre à disposition des écoles des fonds leur permettant de développer des projets intra et/ou intersectoriels. Cela leur laisse la possibilité de dégager du temps et des moyens, et de motiver l'ensemble des acteurs concernés. Ces fonds doivent être pluriannuels afin de se dégager d'une logique de travail à "l'année scolaire", ce qui ne devrait pas être un rythme de référence pour une équipe pédagogique.*

*Devant l'augmentation des demandes adressées aux centres spécialisés et la complexité de celles-ci, il est urgent de considérer la nécessité de renforcer et de stabiliser ces équipes, de façon à leur permettre un travail à long terme et en capacité suffisante. (Cf. supra).*
*Parallèlement à l'octroi de moyens supplémentaires et la reconnaissance aux services de programmes sur 5 ans, les autorités concernées devraient proposer l'octroi (sur du long terme) de détachés pédagogiques aux institutions, ce qui augmenterait la force de travail à destination du champ scolaire.*

### ➢ Les P.S.E. et P.M.S. sont insuffisamment impliqués dans la réflexion et l'action en matière d'assuétudes

Il faut souligner pour les uns (P.S.E.), le décret du 20 décembre 2001 relatif à "la promotion de la santé à l'école" (dit décret P.S.E.) qui remplace la loi sur l'Inspection Médicale Scolaire (I.M.S.) du 21 mars 1964. Ce décret indique une volonté politique d'ouvrir leurs missions vers une approche globale et intégrée qui prenne en compte les problèmes de santé de manière préventive axée sur l'ensemble du cadre et du projet de vie et pas uniquement sur le symptôme. On remonte en amont du dépistage d'un problème de santé (I.M.S.), pour œuvrer à la notion de bien-être, d'hygiène de vie, etc. (P.S.E.). Ces P.S.E. ont surtout une mission d'accompagnement de projets dans l'école.

Les autres (P.M.S.), identifiés comme services de première ligne interne à l'établissement scolaire, font face à la manifestation première de situations problématiques de plus en plus complexes, tant en direction des élèves, que des enseignants, des directeurs et des parents, principalement par l'aide individuelle. Leurs missions et position, au sein de chaque école, les rendent incontournables par leur connaissance du contexte et de la culture propres à chaque établissement. Une volonté de coordination et de collaboration avec leurs services est indispensable. Pourtant, ceux-ci sont loin d'avoir vu leurs moyens augmenter depuis 1986 (mesures de Val Duchesse et restructurations récentes). Ils n'ont ni les moyens ni les compétences pour couvrir tout le champ de la prévention du monde scolaire.
De plus, si des équipes spécialisées ont contribué à la formation et à l'accompagnement des acteurs P.S.E., la pratique indique que :

- ces acteurs ne sont pas systématiquement reconnus par les jeunes comme les seuls relais significatifs au sein des écoles ;
- les acteurs P.S.E. eux-mêmes pointent leurs limites quant à la problématique spécifique des consommations et, plus largement, leurs difficultés à assurer leur mission de promotion de la santé telle que définie dans le décret "Promotion de la santé à l'école" ;
- un certain nombre d'écoles ont développé des collaborations de qualité avec des services spécialisés et estiment une telle mise en réseau plus adaptée et réaliste pour aborder les consommations des jeunes.

Les relais P.S.E. et P.M.S. n'ont pas toujours la disponibilité, et certains n'ont pas encore les compétences pour être acteurs dans de tels réseaux. Une fois de plus, cela demande du temps et des moyens pour rendre ce dispositif opérationnel.

*Recommandation 41*

**Le Collège rappelle la nécessité de travailler l'interface entre P.M.S., P.S.E. et services spécialisés.**

*Il faut soutenir dans la durée la formation, par les centres spécialisés, des agents P.S.E. aux problématiques des assuétudes dans un cadre de promotion de la santé. Il faudrait évaluer des échéances d'introduction de la thématique assuétudes dans leurs programmes.*
*Les acteurs P.M.S. devraient être mieux informés sur les services de prévention et de soins existants localement et nouer des relations effectives avec ceux-ci. Leurs services devraient être évalués en terme de moyens structurels nécessaires et de besoins en formation sur l'évolution des problématiques assuétudes, pour qu'ils puissent accompagner les demandes individuelles des jeunes, des parents et des enseignants qui leur sont adressées et être à même d'orienter ces demandes vers les services locaux les plus adaptés à la demande, même s'il y a des risques de stigmatisation (il est à noter que le "Contrat stratégique pour l'éducation" laisse l'incertitude quant aux missions futures des P.M.S. concernant l'aide et le conseil en matière d'accompagnement individuel).*

Comme nous l'avons relevé précédemment, il faut favoriser la mise en place de réelles concertations locales telles que prévues par le Décret wallon en matière d'assuétudes et y intégrer les organismes tels que les CLPS (Centres locaux de promotion de la santé). Il s'agirait de soutenir des initiatives inter-établissements et de favoriser des rencontres, des passerelles vers les acteurs locaux impliqués (A.M.O.(Aide en Milieu Ouvert), centres de santé mentale, plannings familiaux, maisons de jeunes, etc.).

➢ **Le décret "Formation"** du 11 juillet 2002 relatif à la formation du personnel en cours de carrière, en inter-réseaux dans l'enseignement spécial, l'enseignement secondaire ordinaire, les centres psycho-médico-sociaux des établissements de l'enseignement fondamental, organisés ou subventionnés par la Communauté française, oblige les membres du personnel de ces différents établissements (environ 60.000 personnes) à suivre au moins deux ½ jours de formation par an (avec la faculté d'étaler cette obligation sur trois années consécutives) et la possibilité de suivre une formation facultative. C'est sur cette base que l'I.F.C. (Institut de la formation en cours de carrière), créé en 2002, a élaboré un programme de formations à l'intérieur duquel les enseignants choisissent celle(s) qu'ils souhaitent suivre.

Cette obligation de formation, individualisée et trop modulaire, décourage les enseignants qui voudraient s'orienter vers d'autres offres de formation plus intersectorielles, transversales, ou impliquant plusieurs acteurs d'un même établissement. Par ailleurs, les critères de choix de formations reconnues par l'I.F.C. ne correspondent pas aux critères des formations qui devraient être faites sur le plan assuétudes, formations de minimum 6 demi-journées. De plus, les formations reconnues par l'I.F.C. sont accessibles gratuitement aux enseignants alors que les formations proposées par les services spécialisés en prévention des assuétudes sont payantes.

*Recommandation 42*

**Le Collège recommande que soit rendu possible l'accès des enseignants à des offres de formations et/ou d'accompagnements de projets de prévention des assuétudes liées à un projet d'établissement et/ou intersectorielles.**

➢ **Une politique de promotion de la santé** au sein du monde de l'enseignement ne peut se limiter aux acteurs du fondamental et des établissements secondaires, mais doit s'étendre aux hautes écoles et universités, ainsi qu'aux parents.

a) A ce propos, il faut souligner le décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités qui consiste en :

- l'organisation de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- la réalisation d'un bilan de santé individuel des étudiants ;
- l'organisation de points santé ;
- la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles ;
- l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.

Les étudiants des hautes écoles et universités (jeunes adultes) sont concernés à double titre, d'une part pour leur position comme public cible : les données sur la santé des jeunes mettent en évidence des pics de "fragilisation" (augmentation des comportements à risque, affaiblissement de la confiance en soi) au moment des passages clés (prise d'autonomie, engagement dans des études supérieures, entrée sur le marché du travail) ; d'autre part, comme futurs éducateurs, assistants sociaux, enseignants, infirmier(e)s en santé communautaire, kinésithérapeutes, psychologues, médecins, …

*Recommandation 43*

**Des programmes de promotion de la santé, incluant la problématique des assuétudes, doivent impérativement toucher tous les futurs acteurs de première ligne auprès des jeunes, tous réseaux confondus et du fondamental à l'université. Sans oublier d'accorder une attention particulière aux internats.**

b) Les familles, premier contexte naturel de vie des jeunes, sont directement concernées par les choix et comportements de ceux-ci. Le caractère hétérogène de ce public le rend difficilement accessible et peu perméable à des messages de promotion de la santé. Dans le cadre scolaire, les associations de parents et les conseils de participation sont des partenaires privilégiés pour toucher les parents et les informer de l'existence des centres spécialisés et des différents services qu'ils offrent : information, formation, accompagnement individuel et collectif, outils pédagogiques, etc. Encore faut-il qu'ils soient informés et que cela ne se limite pas aux parents les plus motivés. Pour atteindre le plus grand nombre, des centres spécialisés travaillent à la mise en réseau de partenaires intermédiaires comme La Ligue des familles, les fédérations d'associations de parents (UFAPEC, FAPEO), l'Ecole des parents et des éducateurs, l'ONE, les CLPS, etc.
De plus, ces différents partenaires, de par leur expertise, peuvent aider à améliorer les relations écoles-familles, trop souvent en tension.
Positionner la promotion de la santé dans ce contrat permettrait d'assurer plus de cohérence dans les programmes pédagogiques adressés aux parents et faciliterait des renforcements entre l'école et les parents sur l'installation d'une culture de la gestion des assuétudes.

*Recommandation 44*

**Il faut associer et sensibiliser les parents.**
**Des directives claires devraient être adressées aux deux fédérations des associations de parents (UFAPEC, FAPEO) pour sensibiliser et informer les différentes associations rattachées aux établissements scolaires sur la place de la promotion de la santé à l'école et l'existence des services spécialisés auxquels ils peuvent s'adresser (individuellement et/ou collectivement).**

➢ Il faut également noter **un manque de visibilité** de la couverture du nombre d'établissements scolaires engagés dans un processus de promotion de la santé sur l'ensemble de la Communauté française (via les Régions et la Communauté).

➢ Par ailleurs, une attention particulière devrait aussi être portée sur **la qualité des outils** pour former et accompagner les relais de première ligne et les moyens pour assurer leur diffusion. Des outils de qualité existent en petit nombre, mais manquent de visibilité et de moyens.

*Recommandation 45*

**Le Collège recommande de procéder à l'évaluation des différents outils existants et de soutenir leur diffusion.**

➢ Un besoin se fait ressentir au niveau du repérage et de l'évaluation de la qualité des outils pédagogiques existants et des brochures et publications. Cela permettrait de mieux cerner les besoins actuels prioritaires, tant vers les parents que vers les enseignants. Les stratégies et méthodologies évoluent et certains outils pédagogiques sont devenus obsolètes voire contre productifs car diffusant des informations incorrectes. Parallèlement, il faut mieux soutenir la diffusion d'outils de qualité reconnus par les services spécialisés.

➢ Il n'est pas du ressort de l'enseignant de s'engager dans un accompagnement spécialisé. Il y a donc lieu de faire appel aux organismes professionnels spécialisés. Il faut également solliciter l'intervention des organismes d'orientation : P.M.S. et P.S.E. Néanmoins, l'un et l'autre devraient être évalués, et sans doute modernisés. Si ceux-ci devraient avoir les moyens d'exercer un rôle pivot d'information et de conseil aux élèves, parents, enseignants, éducateurs, directeurs, etc., leur présence dans l'école entraîne souvent les parents et les élèves en demande d'aide face à une situation problématique liée à des produits illicites (cannabis notamment) à s'adresser à des services extérieurs à l'école par peur du risque de stigmatisation, voire de sanctions à l'égard de leur enfant.

# *2. Jeunesse et Aide à la jeunesse*

## 2.1. Constats à propos des difficultés du terrain

Les constats généraux relevés dans le secteur de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse concernant les pratiques de terrain en matière de prévention des assuétudes et de promotion de la santé devraient faire l'objet d'un traitement similaire à celui observé dans le secteur de l'enseignement. Cependant, les pratiques doivent s'appuyer sur les caractéristiques propres à ces secteurs, et tenir compte des potentialités, structures existantes, motivation des acteurs, moyens disponibles et/ou à créer, problématiques soulevées concernant les consommations de produits, etc. C'est le principe même d'une démarche de promotion de la santé en prévention des assuétudes.

**Au sein du secteur de l'aide à la jeunesse**, des cycles de sensibilisation et des séminaires de réflexion sur les questions urgentes que soulevait l'accompagnement des jeunes consommateurs furent organisés par l'administration centrale de l'aide à la jeunesse dès 1992. Les échos furent favorables, mais nous n'avons pas connaissance d'une évaluation qui en aurait été faite. Ce serait bien utile cependant, au vu des réactions négatives à propos des formations, imposées celles-là, au personnel des S.A.J. en 1999, et pour lesquels la collaboration des services spécialisés avait été sollicitée. Le caractère "imposé" de ces formations n'a pas suscité une réelle motivation de la part des professionnels concernés. Les services spécialisés en prévention des assuétudes interviennent déjà à la demande dans ce secteur ; néanmoins, ceux-ci constatent la nécessité de stimuler plus largement l'accès à la thématique "assuétudes" en développant des formations et/ou des accompagnements de projets pour permettre aux professionnels de ce secteur de travailler les représentations et les

différents points de vue sur les problèmes de consommation qu'ils rencontrent afin qu'ils puissent mieux maîtriser ces situations.

*Recommandation 46*

**Sur base de consultations et concertations avec les différents organismes (privés et publics) des secteurs de l'aide à la jeunesse et de la promotion de la santé, un repérage des besoins et des meilleures opportunités d'offres de formations et/ou d'accompagnement de projets devrait en priorité être effectué.**

*Les consultations porteraient sur les questions suivantes : les demandes, les problématiques spécifiques rencontrées dans chaque localité sur le terrain, les meilleures filières d'offres de formations et/ou de soutien et d'accompagnement pour les professionnels concernés, les passerelles les plus pertinentes à établir entre le secteur promotion de la santé et celui de l'aide à la jeunesse.*

Tenant compte de l'organisation des services de l'aide à la jeunesse, il y a lieu de distinguer les services privés, subventionnés par la Communauté française, mandatés ou non-mandatés (A.M.O.), et les services publics : C.A.A.J. (S.A.J., subventionnés par la Communauté française et S.P.J., subventionnés par la Justice) et I.P.P.J.
Si l'Aide à la jeunesse relève principalement de la Communauté française, il y a lieu de souligner les spécificités par arrondissement judiciaire, notamment en Région de Bruxelles-Capitale : si la COCOF n'a pas de compétences en cette matière, elle subventionne néanmoins certains services qui ont principalement les jeunes pour cible (comme les A.M.O.), dans le cadre des programmes Eté-Jeunes et dans le cadre de sa politique d'Intégration-Cohabitation.

- Pour les services privés agréés, cinq organismes de formation spécialisés élaborent des programmes de formations spécifiques : Atouts, CEFORM, R.T.A., SEPTS-J, Synergie.
- Le comité de programmation et d'accompagnement pédagogique des organismes privés de formation agréés assure la concertation permanente entre les organismes privés et publics et rend un avis sur la programmation des formations proposées par les organismes privés.
- Les formations des services publics sont organisées par la D.G.A.J., et des formations décloisonnées secteur public-secteur privé ont été élaborées ces dernières années[10].
- Le service des méthodes, de la recherche et de la formation œuvre dans cette direction.
- De plus, les treize C.A.A.J. ont une vue d'ensemble de leurs secteurs et sont habilités à effectuer un repérage des besoins et les treize S.A.J. ont actuellement des missions de prévention générale.
- Les vraies premières lignes touchant les jeunes sont les A.M.O. et plus largement les Maisons de jeunes, organismes de jeunesse, etc., structures dépendant du secteur "jeunesse".

*Recommandation 47*

**Le Collège estime qu'il faut développer des passerelles entre le secteur promotion de la santé et le secteur de l'aide à la jeunesse en stimulant l'accès à la thématique "assuétudes" et en tenant compte des spécificités locales et institutionnelles.**

*Les services spécialisés pourraient construire des collaborations et s'appuyer sur les organismes de formations compétents existants du secteur privé (CEFORM, SEPTS-J, R.T.A., Synergie, Atouts) et*

[10] Cf. Rapport d'activités de l'aide à la Jeunesse 2002-2003, " Etat des lieux et objectifs d'un secteur", p. 73-74, Ministère de la Communauté française.

*du secteur public (D.G.A.J.). Ces organismes de formation pourraient être des interlocuteurs privilégiés en matière de formation. De plus, il faudrait tenir compte de l'expertise des treize C.A.A.J. habilités à effectuer un repérage des besoins propres à chaque arrondissement judiciaire. Il faudrait évaluer la pertinence de l'introduction de la thématique de la prévention des assuétudes dans la mission de prévention générale des treize S.A.J.*

*Recommandation 48*

**Il faut favoriser le travail en réseau et la mise en place de partenariats au niveau local tels que prévus par le Décret wallon en matière d'assuétudes et y intégrer les organismes de promotion de la santé tels les CLPS. Rappelons à cet effet l'intérêt d'instituer des lieux de coordination des actions locales.**

Il faut distinguer deux niveaux d'intervention en formation : un niveau général d'une part qui a pour objectif le renforcement des compétences et des ressources des adultes-relais, et un niveau plus spécifique, adapté à chaque contexte et situation particuliers, pour traiter de problématiques spécifiques et concrètes d'autre part (par exemple, à propos d'une activité dans un quartier).

L'objectif de propositions d'actions à développer devrait permettre aux différents acteurs concernés :

- de mieux maîtriser les phénomènes de consommation (motivation des jeunes à consommer, …) ;
- d'exprimer les craintes/tabous quant aux consommations des jeunes ;
- de renforcer les connaissances objectives sur les consommations (types, processus, causes) et les risques y afférents ;
- de développer des savoir-être (valorisation) et des savoir-faire (écoute) renforçant leur identification comme personnes de confiance pour le jeune;
- de développer la capacité des relais à mobiliser les ressources de l'environnement ;
- de créer des passerelles avec des relais locaux (prévention, accompagnement et soins).

*Recommandation 49*

**En matière d'offre de formation, le Collège estime que des propositions d'actions sont avancées et devraient être validées en concertation avec les principaux intéressés.**
**Il s'agirait de :**

- **faire offre de formations et/ou, plus largement, d'accompagnement de projets vers le secteur jeunesse (Maisons de jeunes, organismes de jeunesse, qui sont les vraies premières lignes) et les A.M.O. (services non-mandatés, qui sont les premières lignes de l'aide spécialisée)**
- **faire offre de formations et d'accompagnement au secteur mandaté sur les questions institutionnelles, pédagogiques, les aspects légaux, les questions relatives aux produits, etc.**
- **privilégier des offres de formations transversales et locales entre secteurs privé et public de l'A.A.J., si l'opportunité se dégage.**

C'est après consultation des différents services privé et public sus-nommés, et sur base de leur expertise, qu'un plan concerté pourra être proposé en termes d'objectifs, de stratégies d'actions les plus adéquates, pour autant qu'il permette d'agir là où la demande existe (Promouvoir et non Imposer) et qu'il laisse la place aux questionnements et à l'innovation. Prévenir, c'est avant tout créer du lien entre les acteurs. Cela implique de travailler sur le long terme.

Ceci soulève la question du financement de ces actions et formations. De façon plus générale, les sources de financement se trouvent au sein de la Communauté française : dans ce cadre, il faut organiser des passerelles entre les secteurs de l'aide à la jeunesse et de la promotion de la santé. Cependant, le Collège observe que la Région wallonne et la COCOF interviennent également. La question des subdivisions théoriques des différentes préventions se pose à nouveau, les demandes adressées aux organismes n'étant pas "saucissonnées".

*Recommandation 50*

**Il faut mettre à disposition du secteur de l'aide à la jeunesse des moyens budgétaires pour répondre aux besoins de formations plus spécifiques intra ou intersectorielles.**
**Le Collège propose des cofinancements venant de différents départements ministériels des entités fédérées, en fonction de procédures communes à déterminer.**
**Le Collège rappelle qu'il faut renforcer les équipes des services spécialisés existants car, en l'absence de collaborations structurelles, les réponses ponctuelles à des demandes ne permettent pas d'avoir une politique stable en matière de personnel (difficulté d'engagement et de maintien).**

# Constats en matière de soins, assistance et accompagnement

## 1. Organisation du secteur

Le secteur des soins, de l'assistance et de l'accompagnement, comme d'autres domaines de l'action publique en notre pays, est fractionné selon des lignes de contraintes bien connues (niveaux fédéral, communautaire et régional). Du côté de la Région wallonne et ailleurs sans doute, peut-être que la volonté d'organiser le secteur selon la formule des réseaux tendra à réarticuler en partie ce qui présentement souffre d'une forme d'éclatement ou de dispersion des moyens. Cela étant, le Collège voudrait attirer l'attention sur le fait que les catégories de l'action publique communément utilisées à l'un ou à l'autre niveau de pouvoir sont peut-être elles aussi mal adaptées à la question générale des psychotropes. Ainsi la distinction classique depuis à tout le moins le milieu des années 1970 entre l' « ambulatoire » et le « résidentiel » : cette distinction charrie avec elle une tendance à associer l' « ambulatoire » avec un « travail en individuel » et ce dans une orientation par exemple de « santé mentale » et, d'autre part, le « résidentiel » avec « enfermement », « travail de groupe » et peut-être « psychiatrie lourde» ; or il est des modalités d'intervention qui se rangent mal sous l'un ou l'autre de ces intitulés. Il y a, à titre d'exemple, du travail individuel mené dans certaines interventions résidentielles et des groupes de soutien ou du travail dit communautaire au départ de formules ambulatoires. Il en va de même avec la notion de « prévention tertiaire » : cette notion renvoie à un mode d'action visant à éviter une rechute dans un état de maladie, c'est-à-dire ici *de facto* à l'abstinence complète. Or à moins de nier l'évidence des faits, il est assez clair que passer d'une situation d'assuétude à celle, par exemple, d'une consommation occasionnelle représente un gain manifeste pour la personne concernée et ce quand bien même l'objectif de prévention tertiaire ne serait pas atteint *in abstracto*. Cette difficulté n'est pas que sémantique ou lexicale en ce sens que les catégories communément retenues orientent des possibilités de financement et d'administration des services au sens large.

*Recommandation 51*

**Le Collège encourage une réévaluation de la confection et de l'usage des catégories usuelles dans le domaine de l'action publique. Des distinctions à orientation nettement plus pragmatique pourraient être une alternative : primo-consommations, usages occasionnels ou récréatifs, usages aigus, usages chroniques, assuétudes proprement dites, usages mêmes occasionnels mais accompagnés de troubles psychiatriques patents, etc.; par exemple aussi : intervention centrée sur le consommateur, sur sa communauté éducative dans le cas de mineurs, sur l'environnement professionnel, sur les normes et les valeurs collectives, etc.**

*Sans aucune intention de statuer sur le caractère raisonnable ou non de ces catégories – elles sont mentionnées ici à titre illustratif uniquement -, on remarquera tout de même que le fait de les nommer en conformité avec des « faits » ou avec des « évaluations » de situations concrètes vécues par les gens devrait grandement aider les synergies d'acteurs de terrain, différents selon leurs ancrages administratifs et financiers certes, mais partageant des problématiques apparentées. Un seul exemple parmi d'autres devrait suffire afin d'éclairer cette possibilité : pourquoi, si ce n'est pour des raisons de contraintes administratives*

*et institutionnelles, ne pas pouvoir accueillir ou maintenir dans un centre résidentiel (financé par l'Inami) un consommateur abstinent ou stabilisé, désireux de reprendre une formation dans l'enseignement technique supérieur (Communauté) en utilisant les services résidentiels au titre de soutien à son état (prévention tertiaire) et à celui d'un internat sur le plan de son logement (insertion sociale)…*

## 2. Notion de "tuilage"

Comme dit plus haut, les offres habituelles d'assistance et de soins sont généralement organisées selon des catégories ne tenant compte ni de la globalité des situations, ni surtout des inévitables évolutions en ce y compris les effets d'aller et retour et des changements de cap que suppose une trajectoire d'évolution individuelle. Il convient dès lors que les services puissent s'adapter à ces situations en présentant un ensemble d'offres suffisamment recouvrantes ("tuilage") de manière à assurer une continuité et une adaptabilité au sein du réseau ainsi formé.
Par ailleurs l'offre "compartimentée" que nous connaissons ne propose que trop peu d'alternatives pour répondre aux variations des demandes en terme de quantité mais aussi en terme de contenu. Ceci conduit à des listes d'attente inopportunes pour les personnes aux comportements souvent erratiques, au risque bien souvent de rater ainsi le coche et d'accentuer le "shopping" institutionnel faute de réponse adéquate.. Enfin les partenaires du réseau ont l'impression trop souvent de servir d'antichambre les uns aux autres.

*Recommandation 52*

**Le Collège propose de compléter l'offre par l'adjonction des maillons manquant régionalement; à cet effet les réseaux prévus par le Décret wallon en matière d'assuétudes seront d'une aide appréciable afin de déterminer le manque pour chaque zone.**

*Recommandation 53*

**Au vu de l'évolution du public bénéficiaire '(augmentation de l'âge, présence féminine accrue, parentalité des patients consommateurs, …), le Collège propose que l'outil "Centres de jour" soit plus et mieux utilisé de par son caractère moins désinsérant et la souplesse d'adaptation qu'il offre particulièrement en terme d'insertion socio-professionnelle.**

*Recommandation 54*

**Le Collège encourage les coopérations au sein de réseaux de manière à ce que la diversité de l'offre soit cliniquement concertée en garantissant la place centrale des bénéficiaires comme acteurs et/ou co-acteurs de leur avenir.**

## 3. Données en matière de soins, assistance et accompagnement

En Communauté française ainsi qu'en Région wallonne, nous connaissons un déficit patent de données permettant d'orienter l'action publique en la matière, à telle enseigne que les données chiffrées dont les administrations ont éventuellement besoin doivent être confectionnées par des acteurs de terrain peu à même de mener ce travail avec les garanties requises de formation

et de compétences. Les données sur lesquelles peuvent reposer les prémisses d'une action publique rationnelle et concertée dépendent donc largement d'un « bricolage » entrepris par les acteurs de terrain et elles sont donc à utiliser « à la grosse louche » ou en « toutes premières approximations ».
Il demeure cependant que l'impression forte qui se dégage des données disponibles est celle d'une insuffisance de l'offre de soins.

## 4. Offre résidentielle

En ce qui regarde l'offre résidentielle (« communauté thérapeutique et centre de court séjour ») pour l'ensemble de la Communauté française, le nombre de places disponibles se situe entre 120 et 150 unités. C'est, en proportion, moins que chez nos voisins immédiats ; c'est très en dessous des unités mises sur pieds et financées par des pays comme la Suède ou l'Italie (dans ce dernier cas, le rapport avec la Belgique est de l'ordre de 1/40) ; par ailleurs, ces lits sont partiellement dédicacés à l'alcool (c'est bien entendu très heureux en un sens mais cela diminue d'autant l'accueil résidentiel des autres assuétudes).

Par ailleurs, il y a peu de possibilités d'accueillir des femmes dépendantes accompagnées de leurs jeunes enfants éventuels (exception notoire : quelques. possibilités à « Trempoline »). Lorsque cela est tout de même possible (exemple : « Les Hautes Fagnes » à Malmédy), l'accompagnement psycho-social spécifique des enfants reste sous-développé.

## 5. Le secteur ambulatoire

Dans le domaine des services ambulatoires, il ressort des données disponibles que ceux-ci travaillent « à plein régime » de leurs capacités d'accueil et d'accompagnement.
Dans l'ambulatoire comme dans les formules résidentielles, les files d'attente sont une réalité bien palpable.

Ce secteur assume la part la plus importante des actions en assuétudes, tant en terme de patientèle qu'en terme de diversité de projets préventifs et curatifs.
Les tutelles et les sources de financement de ces services sont très diversifiées.
Le niveau fédéral soutient principalement les Maisons d'Accueil Socio Sanitaires, ainsi que diverses initiatives communales à travers les « Plans de Prévention et de Proximités » et les « Contrats de sécurité ».
Les Régions bruxelloise et wallonne soutiennent des centres spécialisés en assuétudes, organisés par décrets[11] et 6 Services de Santé Mentale « à missions spécifiques en assuétudes » [12](2).
Bon nombre de ces centres spécialisés développent également des « programmes de promotion de la santé » complément souvent indispensable à leurs activités de soins et d'accompagnement.

[11] 27 avril 1995 : Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies.
27 novembre 2003 : Décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes. Application prévue en 2006.
[12] 4 avril 1996 : Décret organisant l'agrément et le subventionnement des services de Santé Mentale.

Si la plupart des préoccupations du secteur ambulatoire se retrouvent au sein du présent rapport, celles-ci n'auront de sens que si les équipes acquièrent une stabilité en terme d'emploi et de réelles possibilités de développement.
Répondre à des besoins en constante évolution suppose des approches créatives dynamiques, pro-actives et transversales (voir recommandations 25 et 26).
Ceci implique également le développement des compétences à travers les activités de formation, de supervision et de réseau.

*Recommandation 55*

**Le Collège recommande que le temps de prestations non curatives effectuées par les médecins généralistes indépendants au sein d'équipes pluridisciplinaires, principalement les temps d'intervisions, de réunion ou de travail en réseau, puisse être rémunéré et que ce financement soit prévu dans les subventions.**

*Recommandation 56*

**Le Collège recommande que le temps d'intervision et de formation consacré par les médecins généralistes indépendants dans le cadre des exigences de « l'Arrêté royal sur les traitements de substitution »[13] bénéficie d'un financement ou de l'accréditation.**

*Recommandation 57*

**Le Collège recommande que les activités de formation, de supervision et de recherche soient encouragées et que des budgets soient prévus à cet effet dans les subventions aux associations.**

## 6. Problématiques des personnes incarcérées

Le Collège attire l'attention sur l'existence d'une difficulté récurrente à organiser l'aide aux personnes incarcérées. A peu près la moitié des personnes privées de liberté dans notre pays est composée soit d'individus qui étaient consommateurs de produits illicites avant leur incarcération, soit d'individus pour lesquels cette consommation est initiée pendant l'incarcération. On se trouve confronté à l'existence d'un contexte particulièrement favorable à la circulation et à la consommation de produits psycho-actifs licites et illicites mais aussi à l'initiation aux consommations et alors même que – on ne le soulignera jamais assez - les outils institutionnels (« accords de coopération », …) devant permettre une réelle action sanitaire en milieu carcéral sont déjà en place.

Des opérations de prévention par les pairs en prison (opérations boule-de-neige) ont été développées sur base pilote et évaluées très positivement par tous les acteurs concernés. Ces actions pilotes menées en 2002-2003 n'ont pu s'étendre, faute de moyens.

*Recommandation 58*

**Le Collège insiste afin que des avancées soient réalisées en vue de garantir à tous les détenus des formules d'aide similaires à celles disponibles en dehors des murs des prisons; ceci suppose:**

[13] 19 mars 2004 : Arrêté royal réglementant les traitements de substitution.

1) **de clarifier les compétences respectives et une implication forte des Ministres de la Santé des entités fédérées dans les aspects de la politique en matière de soins qui relèvent de leur compétence. En particulier le principe d'équivalence d'accès à des soins et assistance de même qualité pour les personnes détenues que non détenues doit être assuré**
2) **de même, d'assurer l'accès des acteurs d'organismes extérieurs dans des conditions qui permettent un travail de qualité**
3) **de renforcer des programmes de formation vers les agents pénitentiaires et personnel de santé des établissements pénitentiaires**
4) **d'assurer un accès au vaccin contre l'hépatite B pour les personnes détenues**
5) **de renforcer l'accessibilité aux informations de réduction des risques notamment par la généralisation des opérations boule-de-neige en prison**
6) **de développer l'accès aux moyens de réduire ces risques, notamment le matériel d'injection**
7) **d'assurer un accès aux traitements de substitution pendant toute la détention et pour tous les détenus dépendants aux opiacés qui le nécessitent ou le demandent.**

## *7. Question des mineurs*

En matière de prise en charge des personnes mineures dépendantes, il faut bien constater que ce thème fait débat. D'une part, il semble que les structures pédopsychiatriques d'une part, et les Services de Santé Mentale d'autre part ne suffissent pas à la tâche auprès de mineurs. Leurs offres de service ne semblent pas concerner l'ensemble des demandes. Il faut constater par ailleurs que de temps à autres, des mineurs dépendants fréquentent les institutions pour majeurs, notamment des centres résidentiels. Or cette possibilité n'est pas assurée par l'échelon fédéral.

*Recommandation 59*

**Le Collège recommande la mise en place d'un groupe de travail réunissant des représentants des secteurs de l'aide à la jeunesse (Conseillers d'arrondissement de l'aide à la Jeunesse), assuétudes (Fédito), et hospitalier (pédopsychiatre).**
**Ce groupe de travail aurait pour mission:**

- **d'évaluer les besoins réels concernant les mineurs dépendants,**
- **d'évaluer les ressources actuellement existantes tant ambulatoires que résidentielles,**
- **de réfléchir aux orientations les plus à même de répondre aux besoins, entre d'une part l'option consistant à optimiser les ressources existantes (en terme de formation, complément de personnel qualifié) et d'autre part, celle consistant à élaborer un projet expérimental de lieu d'accueil spécifique pour mineurs dépendants. Ces deux options ne s'excluent pas nécessairement.**

*Recommandation 60*

**Le Collège recommande que les services d'aide à la jeunesse (AAJ) aient accès aux formations organisées par le réseau spécialisé afin d'améliorer leurs capacités à gérer les situations d'assuétudes et de développer le travail en réseau avec les structures d'aide et de soins**
**Un budget devrait être mis à la disposition des institutions d'AAJ afin de permettre la participation à ces formations.**

## 8. Soutien aux parents toxico-dépendants et à leurs enfants

Des projets de ce type sont déjà développés à Liège, Charleroi, Namur et Bruxelles. Une approche systémique et globale tend à agir sur les usagers et leur famille mais aussi sur le contexte psycho-médico-social auquel ils sont confrontés et qui peut être générateur de difficultés.

Un volet « accompagnement » comporte des aspects de santé mentale ambulatoire, d'aide à la jeunesse mais aussi de prévention de troubles de santé et de santé mentale chez l'enfant (travail du lien parental, prévention des ruptures affectives et des phénomènes d'exclusion, conseils éducatifs aux parents, …).

Un volet « formation – sensibilisation » cible le public des intervenants concernés par ces situations complexes, difficiles à gérer sur le plan émotionnel.
La méconnaissance des questions d'assuétudes, les représentations négatives ou discordantes, les incohérences entre professionnels mènent à des échecs dommageables, principalement pour l'enfant : placements injustifiés, rupture des liens, stigmatisation.
Un important travail de formation et de supervision est développé au sein d'ateliers, de groupe de supervision ou au travers des formations d'équipes (AAJ, ONE, …).

Les équipes portant ces projets « transversaux » sont soumises à des compétences ministérielles différentes, donc à des logiques et des grilles de lecture ou d'évaluation différentes.
D'où une lourdeur de gestion, un sentiment de non-reconnaissance, d'insécurité permanente et des problèmes de stabilisation à long terme.

*Recommandation 61*

**Le Collège d'experts recommande la mise en place d'un dispositif interministériel qui permette l'agrément, l'accompagnement et le financement de projets transversaux regroupant les diverses compétences impliquées dans la prise en charge des parents toxico-dépendants (cf. recommandation 26).**

# Problématique des parents de personnes consommatrices ou toxico-dépendantes

## *1. Constats*

### 1.1. Un discours médiatique dominant

La question des parents de toxicomanes fut fortement médiatisée ces derniers mois, suite au procès en Cour d'Assises d'une mère, auteur du meurtre de son fils toxico-dépendant.
Autour de « l'affaire Rigo », s'est développé un discours manichéen, simpliste et trompeur que l'on pourrait résumer en quelques clichés :

- un toxicomane ne s'en sort jamais
- aucune aide n'est apportée aux parents en détresse
- les professionnels sont impuissants et les « politiques » n'ont aucun souci de ce problème.

Il nous paraît essentiel de faire la part des choses entre un discours réducteur qui trouve son origine dans une stratégie de défense en justice visant à présenter l'auteur comme victime, et la réalité du terrain, bien différente.
Cependant, nous ne pouvons faire l'économie d'un questionnement sur la situation des parents de sujets toxico-dépendants et de leur détresse, sur la manière dont les structures d'aide y répondent, et sur les améliorations à apporter dans ce domaine.

### 1.2. La réalité du terrain

L'aide aux parents d'usagers de drogues ou de sujets toxico-dépendants fait partie des missions de bon nombre de services : centres ambulatoires spécialisés, SSM à « missions spécifiques toxicomanies » (6 en Région Wallonne) et communautés thérapeutiques.
A titre indicatif, le cadastre 2003 de la Fédito wallonne révèle qu'en un an, 680 membres de l'entourage de personnes dépendantes ont été reçus dans 16 institutions (sur 23) pour cette seule fédération.
Tout laisse à penser que des chiffres proportionnellement équivalents pourraient être relevés en Région bruxelloise.

On peut y ajouter les nombreux parents consultant le réseau des SSM généralistes, des centres de guidance, plannings familiaux, …
L'action est bien réelle et importante mais manque manifestement de lisibilité et de visibilité pour le grand public.

On peut distinguer deux types de public rencontrés dans les centres : les parents de consommateurs (débutants ou occasionnels) et les parents de toxicomanes (dépendants ou abusant de psychotropes) même si la limite est parfois bien difficile à établir de manière stricte.

## ➢ Les parents de consommateurs

Leur demande porte sur divers niveaux :

- une information sur les produits, les « risques d'escalade », la distinction entre mythes et les réalités (leurs « représentations »);
- une information sur les attitudes parentales à adapter pour réduire – sinon éradiquer - les risques : limites, dialogues, distinction entre comportements normaux d'adolescents en recherche et comportements liés aux drogues (opposition, mal de vivre, transgressions, …).

Les réponses consistent en un travail d'écoute, d'information, de réflexion et parfois d'orientation.
Certains outils existent : brochures d'information (Modus Vivendi, Infor Drogues ou autres) ainsi que des lectures (bibliographies, centres de documentation, …).

La plupart du temps, quelques entretiens suffisent à donner aux parents les éléments nécessaires pour gérer la situation. Un suivi reste possible lorsque de nouvelles questions se posent ou si l'évolution de la situation le justifie.
Une simple demande d'information peut révéler des difficultés personnelles plus importantes chez le parent (dépression, anxiété, assuétudes, …) ou chez le jeune (décrochage, comportements suicidaires, délinquance,…). Ces cas font l'objet d'une orientation plus spécifique : psychothérapie, thérapie familiale, prise en charge de l'enfant, etc.

## ➢ Les parents de personnes toxico-dépendantes

Il s'agit de situations où l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, présente des comportements de dépendance avérée ou de perte de contrôle de ses consommations (abus).
Ces situations s'inscrivent généralement dans un processus de déstructuration sociale (décrochage, délinquance, violence, prostitution, …) individuelle (santé physique et psychique) et familiale (tensions, ruptures, …).

Ces parents présentent divers symptômes : souffrance psychique, culpabilité, anxiété, dépression, repli sur soi, voire assuétudes (alcool, médicaments, …), sentiments agressifs[14]
Là aussi, diverses approches peuvent être proposées. Elles vont de l'aide psycho-médico-sociale individuelle ou familiale à l'orientation vers des groupes de parole ou de soutien.

## ➢ Les groupes de soutien

Ces groupes pour les parents de toxicomanes sont peu nombreux : 4 ou 5 pour l'ensemble de la Communauté française, à l'initiative de centres ambulatoires ou d'une communauté thérapeutique.

Les groupes de self help, nombreux pour les membres de l'entourage de personnes alcooliques (AL-ANON), sont inexistants concernant les toxicomanes.
Quelques tentatives dans la mouvance des « Narcotiques Anonymes » (NARANON) se sont révélées infructueuses ces dernières années.

[14] « Groupe Alfa – caractéristiques des situations de parents de toxicomanes ».

Diverses hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène :

- la demande des parents est fluctuante et parfois démesurée : ils attendent des réponses immédiates, des solutions rapides et efficaces, ce qui est bien évidemment illusoire;
- un sentiment de honte et de culpabilité les amène à opter pour la discrétion d'une approche individuelle et familiale;
- beaucoup de centres d'accueil pour toxicomanes se sont mis en place autour de la prise en charge individuelle, médicale, sociale et psychologique, sans prendre en compte la problématique de l'entourage. Celle-ci nécessite une vision systémique qui ne fait pas toujours partie des outils de travail adoptés par l'institution;
- l'aide aux parents nécessite d'allier la maîtrise de techniques appropriées (dynamique de groupe, analyse systémique) et une certaine expérience de l'aide aux toxicomanes;
- la nécessité d'adopter des horaires d'accessibilité atypiques (soirées ou W-E) permettant à des parents qui travaillent de consulter n'incite peut-être pas non plus les intervenants à occuper ce créneau.

## ➢ Caractéristiques pluridimensionnelles de l'aide aux parents de consommateurs ou de personnes toxico-dépendantes

Ce type d'aide revêt plusieurs aspects.

- Une information appropriée et une aide à la gestion des relations parents/enfant usager de drogues peuvent éviter qu'une situation relativement *normale* ne devienne pathologique. Il s'agit donc d'une action préventive.

- Le soutien aux parents peut, par une action précoce, prévenir pour eux-mêmes des problèmes de santé mentale en les aidant à prendre du recul par rapport aux problèmes et à se recentrer sur leurs propres objectifs de vie.
  Les situations de détresse plus graves relèvent pleinement de l'aide psycho-médico-sociale aux parents.

- A tous niveaux, une action d'information, de sensibilisation et d'explication s'avère nécessaire et notamment un travail sur les représentations que les parents se font de la question des assuétudes.

- Une intervention de type systémique auprès du parent a des répercussions quasi-inévitables sur ses proches en ce compris l'enfant toxicomane. Il s'agit donc d'une intervention de type thérapeutique auprès de la personne toxicomane elle-même par personne interposée.

- Cette approche transcende donc les limites sémantiques sur lesquelles se base la répartition des compétences ministérielles (prévention/promotion de la santé/accompagnement thérapeutique).
  Ceci paraît important si l'on veut transcrire de nouvelles initiatives en terme de « compétences ministérielles » et d'actions communes.

## 2. Recommandations

*Recommandation 62*

**Le Collège préconise :**

- **une meilleure identification de la population des parents d'usagers consultant les centres spécialisés, mais aussi les SSM « généralistes » et les centres de plannings familiaux permettant d'évaluer l'ampleur de la demande au moyen d'études à caractère épidémiologique**
- **l'inventaire des équipes, projets et initiatives : lieux d'accueil spécifiques, groupes, permettant d'évaluer les réponses données.**

*Recommandation 63*

**Le Collège préconise l'élaboration d'une stratégie d'information concernant les ressources d'aide auprès des parents, par l'intermédiaire d'acteurs de terrain confrontés à des situation de crise : commissariats, services sociaux, CPAS, services d'accueil des victimes, médiation pénale, associations de parents, services d'urgence hospitaliers, notamment psychiatriques, maisons médicales, …**

*Divers supports peuvent être envisagés : affiches, plaquettes, site internet.*
*Face aux émissions ou articles de presse tendant à méconnaître les ressources ou à ignorer les actions menées par les professionnels, une réponse médiatique rapide devrait être donnée.*

*Recommandation 64*

**Le Collège recommande le soutien conjoint par la Région wallonne et la Communauté française aux initiatives d'information ou de soutien aux parents**

Le soutien comporte l'offre de moyens supplémentaires en personnel et frais de fonctionnement.
Ce soutien devrait favoriser :

- l'accessibilité horaire accrue des services (soirée, WE) notamment pour les parents exerçant une activité professionnelle;
- le développement de partenariats entre institutions, organisés par zones de soins (Décret « Assuétudes » de la Région Wallonne), afin d'offrir un éventail le plus complet possible de réponses et d'éviter la dispersion des moyens;
- les réseaux locaux pourraient en outre développer et améliorer l'information au public et aux intervenants (visibilité locale);
- les projets ou initiatives de type préventif (parents d'adolescents consommateurs) aussi bien que curatif (soutien aux parents de sujets toxico-dépendants).

*Recommandation 65*

**Etant donné l'aspect pluridimensionnel de ce type d'initiatives, le Collège préconise une approche conjointe Régions/Communauté française tant au niveau de l'accompagnement des projets qu'au niveau du financement (cf. recommandation 26).**

## 1. Constats en matière de"logement - hébergement"

Il convient ici de distinguer la question du "logement", à savoir l'hébergement définitif permanent en habitation privée de "l'hébergement" à savoir : le logement provisoire dans un lieu d'accueil ou de soin.
D'une manière générale, la disponibilité d'un logement à prix abordable pour un public sans ou à faible revenu manque.
La question de l'hébergement des jeunes adultes n'a pas encore été étudiée; or nous savons que la solidarité des familles s'atténue et que le prix des loyers est souvent inabordable pour les jeunes.
Le public "toxicomane" est particulièrement pénalisé par l'ensemble du secteur logement (de l'abri de nuit au logement privé en passant par les maisons d'accueil) du fait des représentations négatives qu'il véhicule.

- L'accès aux logements sociaux s'avère impossible compte tenu de la saturation de ceux-ci et des énormes délais constatés entre la demande et la réalisation, délais incompatibles avec le caractère souvent chaotique des prises en charge des consommateurs problématiques de drogues.
- Les maisons d'accueil, de leur côté, ont des difficultés à gérer leur propre population souvent en surnombre; l'ajout de la problématique drogue rendrait leur gestion plus difficile encore en induisant une dynamique différente dans les lieux de vie.
- Les structures du type "appartements supervisés et/ou de transition" sont généralement proposées par les institutions de type "communauté thérapeutique" à leur résidents en fin de programme; ceci ne concerne donc que peu de personne. Il n'existe que trop peu d'expérience de ce type pour des consommateurs actifs et/ou sous traitement de substitution.

La question de l'aide à l'insertion par le logement constitue une fonction en soi pour laquelle les institutions spécialisées ne disposent ni de moyens ni de compétences techniques suffisantes.
Le secteur "hébergement-logement" est généralement absent des réseaux spécialisés "assuétude".

*Recommandation 66*

**Le Collège insiste pour que le secteur hébergement-logement soit intégré, si pas aux réseaux de soins proprement dit, du moins aux lieux de concertation assuétude à l'exemple de ce qui se fait à Liège et Charleroi dans le cadre des Relais sociaux.**

*Recommandation 67*

**Le Collège invite à stimuler la mise en place d'équipes spécialisées soit au sein des structures existantes, soit en dehors. Ces équipes se situeraient à l'intersection des réseaux "assuétude" et "sociaux " (dans son versant logement).**

*Recommandation 68*

**Le Collège invite à stimuler la formation du secteur "hébergement-logement" de manière à augmenter sa capacité à gérer les situations problématiques générées par l'usage de drogues et pour ce faire, renforcer sensiblement les normes d'encadrement pour faire face à l'accueil.**

*Recommandation 69*

**Le Collège encourage particulièrement les initiatives du type "appartement supervisé et/ou de transition" permettant aux bénéficiaires des services d'aide et de soins, soit d'expérimenter leurs capacités à vivre seul et en autonomie, soit d'utiliser cette période de maturation avant d'orienter leurs démarches futures vers des structures de soins et/ou d'assistance.**

*Recommandation 70*

**Là où cela s'avère nécessaire, le Collège recommande de développer des projets pilotes « d'hôtels sociaux ». Le public concerné, plus large que celui des seuls toxicomanes, y trouverait un encadrement social permanent. Cette solution pourrait s'inscrire dans le processus d'insertion sociale là où des relais sociaux sont en place.**

## *2. Insertion professionnelle.*

- Les difficultés personnelles rencontrées par les consommateurs problématiques de drogues, leur parcours scolaire souvent interrompu prématurément, les mettent en position défavorable sur le marché de l'emploi; marché par ailleurs réduit.
- Les structures de formation professionnelle ne sont pas outillées pour assurer un suivi global de ces personnes.
- Les secteurs "aide à la recherche d'emploi" et "formation" sont absents des réseaux "assuétudes".

*Recommandation 71*

**Le Collège insiste pour que les secteurs "aide à l'emploi" et "formation professionnelle" soient intégrés, si pas au réseau de soins proprement dit, du moins aux lieux de concertation "assuétude".**

*Recommandation 72*

**Le Collège recommande de stimuler la formation des secteurs "aide à l'emploi" et "formation professionnelle" de manière à augmenter leur capacité à gérer les situations problématiques, générées par l'usage de drogues, qui se présenteraient à eux.**

*Recommandation 73*

**Le Collège propose de stimuler la mise en place d'équipes spécialisées, soit au sein de structures existantes soit en dehors; équipes qui se situeraient à l'intersection du réseau "assuétude" et des réseaux "aide à l'emploi" et "formation professionnelle".**

*Recommandation 74*

**Le Collège propose de créer une offre spécifique du type E.F.T. permettant de remédier aux carences en adaptation comportementale, compétences et capacités et ce de manière à pouvoir répondre aux exigences du marché de l'emploi.**

# La collecte de données

Comme mentionné en préambule de ce document la collecte et l'utilisation de données socio épidémiologiques sur le public et sur les réponses apportées à leurs problèmes de santé servent essentielles au développement et à l'évaluation d'une politique de santé.

La Communauté française a confié à Eurotox son travail d'observation en matière de toxicomanies, c'est-à-dire :

- remplir les missions d'épidémiologie de l'état des toxicomanies en Communauté française ;
- fournir au Point focal belge de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies toutes les données relatives à la Communauté française demandées par l'Agence européenne notamment en matière d'épidémiologie et de réduction de la demande en Communauté française (sous point focal du réseau REITOX);
- diffuser la synthèse des données épidémiologiques recueillies.

Le recueil des informations s'appuie d'une part sur les ressources existantes et d'autre part sur la mise en place d'un système de monitoring (TDI) propre dans le respect des guidelines de l'OEDT et dans le cadre d'un recueil harmonisé au niveau national (projet).

Dans le cadre du monitoring TDI, les données proviennent notamment :

- des centres de traitement "spécialisés" subsidiés par la RW, subventions facultatives et services de santé mentale;
- des centres de traitement spécialisés financés par la COCOF (via CTB);
- des coordinations locales (exemples : Coordination Drogues Charleroi, Observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues).

Les autres ressources existantes utilisées sont :

- les résultats des évaluations de projets et données collectées dans le cadre de projets;
- les données collectées à travers le projet européen EDDRA;
- les rapports d'activités des acteurs;
- les enquêtes de santé;
- les données statistiques des services de soins;
- les résultats des recherches sociologiques, économiques et épidémiologiques;
- les recherches effectuées parmi la patientèle des médecins généralistes;
- les résultats des études HBSC ou de l'étude ESPAD;
- les données de police;
- la base de données SIDA et celle des hépatites;
- les données de mortalité;
- les données fournies par les administrations.

Ces données sont notamment utilisées pour le Rapport National Belge sur les drogues, pour le rapport Communauté française et restituées aux organismes de terrain.

*Recommandation 75*

**Le Collège insiste pour que des données fiables puissent être récoltées et diffusées de manière à mieux orienter les politiques en matière d'assuétudes et de manière aussi à mieux documenter les acteurs du terrain.**

*Recommandation 76*

**Le Collège recommande de renforcer les organismes de recueil de données et de renforcer Eurotox dans sa mission de mise en cohérence des dites données et ce dans la perspective de ses missions en rapport avec le point focal belge et l'OEDT**

# Récapitulatif des recommandations

## Une « politique » ou des « mesures » ?

R1.- Les gouvernements des entités fédérées devraient interpeller le Ministre de la Santé du gouvernement fédéral pour connaître le statut actuel de la « Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » ainsi que de l'état d'avancement de la création de la "Cellule fédérale Politique en matière de Drogues" prévue par la susdite note.

R2.- Le Collège d'experts suggère que les entités fédérées s'accordent sur les principes fondateurs d'une politique des drogues à laquelle chacun pourra contribuer.

R3.- Les experts recommandent aux différents gouvernements de prendre la décision de mener une politique des drogues englobant l'ensemble des substances psycho-actives. Par souci de clarté, il est toujours utile de les spécifier (habituellement, sans être exhaustif: alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psycho-actifs).

R4.- Les experts demandent aux gouvernements de formellement affirmer que la Santé constitue la dimension prioritaire comme problème et comme réponse.

R5.- Le Collège d'experts appelle les gouvernements à :
- privilégier la prévention ;
- utiliser le terme « prévention » en spécifiant sans équivoque son objet ;
- s'engager à porter attention à l'évaluation des stratégies de la prévention.

R6.- Les gouvernements devraient adopter une terminologie qui différencie les situations rencontrées. Les termes d'usages ou de consommations, d'abus, aigus ou chroniques, et de dépendances conviennent à départager la plupart des situations.

R7.- Les experts appellent les gouvernements à examiner les besoins à la lumière des données disponibles.

R8.- Les experts exhortent les gouvernants à définir des priorités claires et des objectifs précis.

R9.- La stratégie de communication des politiques publiques doit faire l'objet des plus grands soins ; l'adhésion du public aux objectifs affichés contribue à son succès d'autant qu'ils visent des modifications de comportement.

R10.- Les experts invitent les gouvernements à accorder une attention particulière à cette étape, qui fait le lien entre les résultats qu'ils espèrent et les décisions très concrètes qu'ils prendront (législations, agréments de services, allocation de ressources)

R11.- Les experts invitent les gouvernements à s'éclairer et utiliser les ressources fournies par les acteurs de terrain et les lieux de concertation institués.

## Constats en matière de prévention

### *Constats par rapport au cadre fixé au niveau de la politique fédérale en matière de drogues sur le plan de la promotion de la santé et sur celui de la réduction des risques*

#### Constats en matière de promotion de la santé

R12.- Le Collège rappelle que la création de la « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues » (niveau interministériel), attendue depuis janvier 2001, est indispensable pour atteindre ces objectifs de cohérence et de coordination sur le plan de la prévention, notamment.
La Communauté française et les Régions bruxelloise et wallonne y feront valoir et respecter la politique commune de prévention qu'elles auront arrêtée.

R13.- Le Collège rappelle la nécessité de clarification du rôle et des compétences des différentes entités fédérées en matière de prévention pour éviter la confusion sur le terrain et les effets contre-productifs de l'intervention d'acteurs dont les mandats sont par trop différents voire incompatibles. Cette clarification nécessite la reconnaissance de la définition des termes de référence dont celui, central, de « prévention » que les trois entités (Communauté française, Région bruxelloise, Région wallonne) auront adoptée.

R14.- Le collège demande que les interventions policières musclées (du style fouille intégrale avec chiens policiers) ou plus sournoises (caméras et souricières par exemple) soient proscrites car contre-productives dans l'enceinte scolaire.
L'école doit être un lieu ou la pédagogie et l'éducation priment sur la prévention de la criminalité et de la délinquance. La médiatisation des opérations sécuritaires étant également à proscrire.

R15.- Pour le Collège, la cohérence et la pertinence des interventions à des fins de prévention et d'éducation à destination du milieu scolaire, notamment, nécessitent de retirer ce type d'intervention des missions des forces de police (séances d'informations, programme MEGA et autres, etc.). Ces interventions (promotion de la santé, prévention, réduction des risques) telles que définies dans ce plan relèvent des secteurs de la santé et de l'éducation.

R16.- Le Collège demande que la Communauté française et notamment les Ministres en charge de l'Enseignement prennent les décisions qui s'imposent pour que la politique décidée par le gouvernement de la Communauté française en matière de prévention des assuétudes (cf. Programme quinquennal de la Communauté française) soit appliquée, respectée et développée dans les écoles à l'exclusion des propositions émanant des forces de police et des institutions non reconnues par la Communauté française (et les Régions).
L'installation d'un climat et de mesures de type sécuritaire dans les établissements scolaires doit être dénoncée par les instances compétentes en matière d'éducation, d'enseignement et de santé afin de faire respecter les missions premières de l'école.

R17.- Le Collège demande que des moyens soient dégagés (sur les plans décisionnels, des ressources humaines, logistiques et financières) dans les différents secteurs concernés (école, jeunesse, aide à la jeunesse, santé, loisirs et sport) afin de développer une politique de prévention consistante dans les différents milieux de vie des jeunes et de leur entourage telle que définie dans ce rapport. Ceci afin notamment de faire face aux autres types d'initiatives

non souhaitées (sectes, entreprises privées sponsorisant ou menant des programmes de prévention, forces de l'ordre, etc.).

R18.- Le Collège souligne la nécessité d'assurer une reconnaissance des équipes spécialisées en prévention (et donc promotion de la santé et réduction des risques) afin de garantir leur stabilité (réduire la situation de précarité des travailleurs), garantir l'investissement des deniers publics (efficience – maintenir le personnel compétent et expérimenté dans les équipes et garantir la continuité du travail sur le terrain) et dégager ces peu nombreux services de l'obligation de rentrer des dossiers annuels de demandes de subvention. Cette reconnaissance pourrait être portée à 5 ans comme c'est le cas dans les régions.

R19.- Le Collège rappelle que les équipes spécialisées en prévention (et donc promotion de la santé et réduction des risques) comptent aussi des travailleurs sous statut ORBEM (ACS), FOREM (APE), Maribel social, etc.
Des moyens sont demandés aux pouvoirs publics afin de couvrir les frais de fonctionnement ainsi que les dépassements d'enveloppe salariale non compris dans ces types de contrats (par exemple, reconnaissance de certaines anciennetés). Il est également demandé que ces frais supplémentaires puissent être couverts par les subventions lorsque cela est possible pour le service.

R20.- Le Collège recommande aux représentants des entités fédérées auprès du gouvernement fédéral de tout mettre en œuvre pour que l'accord de coopération concernant le fond Tabac soit effectif et mis en application sans délai.

R21.- Dans le cadre d'une approche globale des substances, le Collège recommande le développement de stratégies de réduction des risques en matière d'usage de tabac à côté des stratégies visant l'abstinence et l'arrêt de l'usage, de manière à élargir le spectre des stratégies développées.

R22.- Le Collège recommande le financement d'études destinées à évaluer les effets des politiques menées en matière de tabac. Ceci afin de prévenir dès que possible les effets particulièrement néfastes de certaines mesures légales, économiques, sanitaires, etc.

R23.- En parallèle à l'approche globale des assuétudes – incluant donc l'alcool – le Collège recommande de soutenir les initiatives plus spécifiques relatives à l'alcool telles que décrites dans ce plan et notamment les partenariats et autres actions intersectoriels susceptibles de permettre aux jeunes de mieux maîtriser leur rapport à l'alcool.

R24.- Le Collège insiste pour que ces actions, qu'elles soient de l'ordre de la promotion de la santé, de la prévention ou de la réduction des risques, s'inscrivent dans les principes et l'éthique de la promotion de la santé.

*Constats par rapport au cadre fixé au niveau des politiques des entités fédérées (Communauté et Régions) sur le plan de la promotion de la santé et sur celui de la réduction des risques*

**Constats en matière de promotion de la santé.**

R25.- Le Collège souligne que des moyens accrus et des collaborations transversales doivent permettre le développement de projets de prévention et de promotion de la santé cohérents et durables. Ces projets ne sauraient être développés que sur le long terme. Les mesures à prendre doivent donc être structurelles afin de diminuer progressivement le sentiment d'impuissance de toutes les parties.

De même, l'aspect « intégré » de cette politique ne doit pas être un vain mot : il implique l'établissement du dialogue entre tous les partenaires, afin que les initiatives soient portées par tous, en tant que sujets de l'action, et pas seulement objets de l'aide ou des mesures.

R26.- Le Collège recommande que la « mutualisation » des financements des équipes spécialisées soit valorisée et ne fasse pas l'objet de tiraillements entre ministères dont les institutions et leurs travailleurs sont l'otage. A cette fin, le Collège recommande la mise en place d'un dispositif interministériel pour l'examen et le suivi des projets transversaux recouvrant diverses compétences ministérielles (RW, CF, CCF).

R27.- Le Collège souligne la nécessité de trouver des lieux permettant le rassemblement des acteurs de première ligne les plus divers, concernés et confrontés à la problématique des assuétudes sur le plan locorégional. Une étude devrait être menée afin de trouver le type de structure optimale permettant la rencontre, l'échange et la concertation entre ces intervenants.

**Recommandations en matière de réduction des risques**

R28.- Le Collège insiste pour que les entités fédérées affirment leurs compétences en matière de réduction des risques sanitaires liés à l'usage des drogues.

R29.- Le Collège demande un soutien politique de la part des entités fédérées aux acteurs de la réduction des risques afin de leur permettre d'atteindre les objectifs de santé qui leur sont confiés et de développer de nouvelles initiatives. Ce soutien est nécessaire de manière urgente auprès du Ministre de la Justice afin d'assurer la bonne marche des programmes d'échange de seringues et des actions de réduction des risques en milieu festif et en particulier pour permettre la mise en place d'un projet expérimental avec testing de pilules pour usagers de nouvelles drogues de synthèse.

R30.- Le Collège recommande de négocier des normes en terme de présence d'équipes de réduction des risques dans certains lieux festifs à risque, comme c'est le cas pour la présence de la Croix-Rouge lors de rassemblements publics.

R31.- Le Collège demande aux autorités fédérées d'assurer que leur cadre législatif permette le financement de projets de réduction des risques en reconnaissant la spécificité du travail de réduction des risques.

R32.- Le Collège demande que les autorités fédérées assurent un financement adéquat tant en terme de ressources humaines que de matériel pour les dispositifs d'échange de seringues afin de couvrir les besoins de la population concernée.

R33.- Le Collège insiste pour que l'accès au dépistage (VIH, hépatites) et l'accès aux vaccins (hépatite B) soient facilités.

R34.- Le Collège recommande que des moyens soient mis à disposition pour permettre le développement de projets pilotes tels que les salles d'injection et la délivrance contrôlée d'héroïne.

R35.- Le Collège insiste pour que la coopération soit effective avec le ministère de la Justice afin que les détenus puissent comme tout citoyen bénéficier des programmes de prévention et de réduction des risques mais aussi de traitements adéquats.

## Constats en matière de prévention appliqués à deux milieux de vie des jeunes : l'enseignement et les organismes de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse

### *L'enseignement*

R36.- Le Collège recommande la promotion d'une approche positive de la santé au sein de l'école en associant tous les acteurs concernés et en s'appuyant sur les initiatives locales.

R37.- Le Collège invite à favoriser et à soutenir les passerelles entre le secteur promotion de la santé et le secteur de l'enseignement.

R38.- Le Collège estime qu'il faut développer et favoriser le travail en réseau et la mise en place de partenariats au niveau local .
Il s'agit en effet de favoriser des expériences pilotes axées sur une vision positive de la santé et qui concernent tous les acteurs de l'école, voire des projets "santé" inter-établissements. Ces projets devraient être accompagnés par les professionnels du secteur promotion de la santé et ceux des P.M.S. et des P.S.E.
Par ailleurs, "Le contrat stratégique pour l'éducation" fait référence à l'approche territoriale par "bassins scolaires". Si la définition semble encore floue, cela ouvre peut-être un contexte nouveau pouvant servir d'appui à des initiatives locales. La question reste ouverte !

R39.- Le Collège invite l'autorité à se positionner clairement, que des directives précises soient données :
- en matière de collaboration, en particulier avec les organismes de formation
- en recommandation aux P.S.E. et P.M.S.
- en matière de suivi et d'évaluation.

R40.- Comme demandé dans des recommandations du point 2.1.1., le Collège invite les autorités de l'enseignement et de la promotion de la santé à prendre des mesures structurelles pour dégager des moyens vers les écoles et les services spécialisés.

R41.- Le Collège rappelle la nécessité de travailler l'interface entre P.M.S., P.S.E. et services spécialisés.

R42.- Le Collège recommande que soit rendu possible l'accès des enseignants à des offres de formations et/ou d'accompagnements de projets de prévention des assuétudes liées à un projet d'établissement et/ou intersectorielles.

R43.- Des programmes de promotion de la santé, incluant la problématique des assuétudes, doivent impérativement toucher tous les futurs acteurs de première ligne auprès des jeunes, tous réseaux confondus et du fondamental à l'université. Sans oublier d'accorder une attention particulière aux internats.

R44.- Il faut associer et sensibiliser les parents.
Des directives claires devraient être adressées aux deux fédérations des associations de parents (UFAPEC, FAPEO) pour sensibiliser et informer les différentes associations rattachées aux établissements scolaires sur la place de la promotion de la santé à l'école et l'existence des services spécialisés auxquels ils peuvent s'adresser (individuellement et/ou collectivement).

R45.- Le Collège recommande de procéder à l'évaluation des différents outils existants et de soutenir leur diffusion.

*Jeunesse et Aide à la jeunesse*

R46.- Sur base de consultations et concertations avec les différents organismes (privés et publics) des secteurs de l'aide à la jeunesse et de la promotion de la santé, un repérage des besoins et des meilleures opportunités d'offres de formations et/ou d'accompagnement de projets devrait en priorité être effectué.

R47.- Le Collège estime qu'il faut développer des passerelles entre le secteur promotion de la santé et le secteur de l'aide à la jeunesse en stimulant l'accès à la thématique "assuétudes" et en tenant compte des spécificités locales et institutionnelles.

R48.- Il faut favoriser le travail en réseau et la mise en place de partenariats au niveau local tels que prévus par le Décret wallon en matière d'assuétudes et y intégrer les organismes de promotion de la santé tels les CLPS. Rappelons à cet effet l'intérêt d'instituer des lieux de coordination des actions locales.

R49.- En matière d'offre de formation, le Collège estime que des propositions d'actions sont avancées et devraient être validées en concertation avec les principaux intéressés.
Il s'agirait de :

- faire offre de formations et/ou, plus largement, d'accompagnement de projets vers le secteur jeunesse (Maisons de jeunes, organismes de jeunesse, qui sont les vraies premières lignes) et les A.M.O. (services non-mandatés, qui sont les premières lignes de l'aide spécialisée)
- faire offre de formations et d'accompagnement au secteur mandaté sur les questions institutionnelles, pédagogiques, les aspects légaux, les questions relatives aux produits, etc.
- privilégier des offres de formations transversales et locales entre secteurs privé et public de l'A.A.J., si l'opportunité se dégage.

R50.- Il faut mettre à disposition du secteur de l'aide à la jeunesse des moyens budgétaires pour répondre aux besoins de formations plus spécifiques intra ou intersectorielles.
Le Collège propose des cofinancements venant de différents départements ministériels des entités fédérées, en fonction de procédures communes à déterminer.
Le Collège rappelle qu'il faut renforcer les équipes des services spécialisés existants car, en l'absence de collaborations structurelles, les réponses ponctuelles à des demandes ne permettent pas d'avoir une politique stable en matière de personnel (difficulté d'engagement et de maintien).

## Constats en matière de soins, assistance et accompagnement

### *Organisation du secteur*

R51.- Le Collège encourage une réévaluation de la confection et de l'usage des catégories usuelles dans le domaine de l'action publique. Des distinctions à orientation nettement plus pragmatique pourraient être une alternative : primo-consommations, usages occasionnels ou récréatifs, usages aigus, usages chroniques, assuétudes proprement dites, usages mêmes occasionnels mais accompagnés de troubles psychiatriques patents, etc.; par exemple aussi : intervention centrée sur le consommateur, sur sa communauté éducative dans le cas de mineurs, sur l'environnement professionnel, sur les normes et les valeurs collectives, etc.

### *Notion de "tuilage"*

R52.- Le Collège propose de compléter l'offre par l'adjonction des maillons manquant régionalement; à cet effet les réseaux prévus par le Décret wallon en matière d'assuétudes seront d'une aide appréciable afin de déterminer le manque pour chaque zone.

R53.- Au vu de l'évolution du public bénéficiaire '(augmentation de l'âge, présence féminine accrue, parentalité des patients consommateurs, …), le Collège propose que l'outil "Centres de jour" soit plus et mieux utilisé de par son caractère moins désinsérant et la souplesse d'adaptation qu'il offre particulièrement en terme d'insertion socio-professionnelle.

R54.- Le Collège encourage les coopérations au sein de réseaux de manière à ce que la diversité de l'offre soit cliniquement concertée en garantissant la place centrale des bénéficiaires comme acteurs et/ou co-acteurs de leur avenir.

### *Le secteur ambulatoire*

R55.- Le Collège recommande que le temps de prestations non curatives effectuées par les médecins généralistes indépendants au sein d'équipes pluridisciplinaires, principalement les temps d'intervisions, de réunion ou de travail en réseau, puisse être rémunéré et que ce financement soit prévu dans les subventions.

R56.- Le Collège recommande que le temps d'intervision et de formation consacré par les médecins généralistes indépendants dans le cadre des exigences de « l'Arrêté royal sur les traitements de substitution » bénéficie d'un financement ou de l'accréditation.

R57.- Le Collège recommande que les activités de formation, de supervision et de recherche soient encouragées et que des budgets soient prévus à cet effet dans les subventions aux associations.

### *Problématiques des personnes incarcérées*

R58.- Le Collège insiste afin que des avancées soient réalisées en vue de garantir à tous les détenus des formules d'aide similaires à celles disponibles en dehors des murs des prisons; ceci suppose:

1) de clarifier les compétences respectives et une implication forte des Ministres de la Santé des entités fédérées dans les aspects de la politique en matière de soins qui relèvent de leur compétence. En particulier le principe d'équivalence d'accès à des soins et assistance de même qualité pour les personnes détenues que non détenues doit être assuré

2) de même, d'assurer l'accès des acteurs d'organismes extérieurs dans des conditions qui permettent un travail de qualité
3) de renforcer des programmes de formation vers les agents pénitentiaires et personnel de santé des établissements pénitentiaires
4) d'assurer un accès au vaccin contre l'hépatite B pour les personnes détenues
5) de renforcer l'accessibilité aux informations de réduction des risques notamment par la généralisation des opérations boule-de-neige en prison
6) de développer l'accès aux moyens de réduire ces risques, notamment le matériel d'injection
7) d'assurer un accès aux traitements de substitution pendant toute la détention et pour tous les détenus dépendants aux opiacés qui le nécessitent ou le demandent.

*Question des mineurs*

R59.- Le Collège recommande la mise en place d'un groupe de travail réunissant des représentants des secteurs de l'aide à la jeunesse (Conseillers d'arrondissement de l'aide à la Jeunesse), assuétudes (Fédito), et hospitalier (pédopsychiatre).
Ce groupe de travail aurait pour mission:

- d'évaluer les besoins réels concernant les mineurs dépendants,
- d'évaluer les ressources actuellement existantes tant ambulatoires que résidentielles,
- de réfléchir aux orientations les plus à même de répondre aux besoins, entre d'une part l'option consistant à optimiser les ressources existantes (en terme de formation, complément de personnel qualifié) et d'autre part, celle consistant à élaborer un projet expérimental de lieu d'accueil spécifique pour mineurs dépendants. Ces deux options ne s'excluent pas nécessairement.

R60.- Le Collège recommande que les services d'aide à la jeunesse (AAJ) aient accès aux formations organisées par le réseau spécialisé afin d'améliorer leurs capacités à gérer les situations d'assuétudes et de développer le travail en réseau avec les structures d'aide et de soins
Un budget devrait être mis à la disposition des institutions d'AAJ afin de permettre la participation à ces formations.

*Soutien aux parents toxico-dépendants et à leurs enfants*

R61.- Le Collège d'experts recommande la mise en place d'un dispositif interministériel qui permette l'agrément, l'accompagnement et le financement de projets transversaux regroupant les diverses compétences impliquées dans la prise en charge des parents toxico-dépendants (cf. recommandation 26).

## Problématique des parents de personnes consommatrices ou toxico-dépendantes

R62.- Le Collège préconise :

- une meilleure identification de la population des parents d'usagers consultant les centres spécialisés, mais aussi les SSM « généralistes » et les centres de plannings familiaux permettant d'évaluer l'ampleur de la demande au moyen d'études à caractère épidémiologique
- l'inventaire des équipes, projets et initiatives : lieux d'accueil spécifiques, groupes, permettant d'évaluer les réponses données.

R63.- Le Collège préconise l'élaboration d'une stratégie d'information concernant les ressources d'aide auprès des parents, par l'intermédiaire d'acteurs de terrain confrontés à des situation de crise : commissariats, services sociaux, CPAS, services d'accueil des victimes, médiation pénale, associations de parents, services d'urgence hospitaliers, notamment psychiatriques, maisons médicales, …

R64.- Le Collège recommande le soutien conjoint par la Région wallonne et la Communauté française aux initiatives d'information ou de soutien aux parents

R65.- Etant donné l'aspect pluridimensionnel de ce type d'initiatives, le Collège préconise une approche conjointe Régions/Communauté française tant au niveau de l'accompagnement des projets qu'au niveau du financement (cf. recommandation 26).

## Facteurs d'insertion sociale

### *Constats en matière de"logement - hébergement"*

R66.- Le Collège insiste pour que le secteur hébergement-logement soit intégré, si pas aux réseaux de soins proprement dit, du moins aux lieux de concertation assuétude à l'exemple de ce qui se fait à Liège et Charleroi dans le cadre des Relais sociaux.

R67.- Le Collège invite à stimuler la mise en place d'équipes spécialisées soit au sein des structures existantes, soit en dehors. Ces équipes se situeraient à l'intersection des réseaux "assuétude" et "sociaux " (dans son versant logement).

R68.- Le Collège invite à stimuler la formation du secteur "hébergement-logement" de manière à augmenter sa capacité à gérer les situations problématiques générées par l'usage de drogues et pour ce faire, renforcer sensiblement les normes d'encadrement pour faire face à l'accueil.

R69.- Le Collège encourage particulièrement les initiatives du type "appartement supervisé et/ou de transition" permettant aux bénéficiaires des services d'aide et de soins, soit d'expérimenter leurs capacités à vivre seul et en autonomie, soit d'utiliser cette période de maturation avant d'orienter leurs démarches futures vers des structures de soins et/ou d'assistance.

R70.- Là où cela s'avère nécessaire, le Collège recommande de développer des projets pilotes « d'hôtels sociaux ». Le public concerné, plus large que celui des seuls toxicomanes, y trouverait un encadrement social permanent. Cette solution pourrait s'inscrire dans le processus d'insertion sociale là où des relais sociaux sont en place.

*Insertion professionnelle.*

R71.- Le Collège insiste pour que les secteurs "aide à l'emploi" et "formation professionnelle" soient intégrés, si pas au réseau de soins proprement dit, du moins aux lieux de concertation "assuétude".

R72.- Le Collège recommande de stimuler la formation des secteurs "aide à l'emploi" et "formation professionnelle" de manière à augmenter leur capacité à gérer les situations problématiques, générées par l'usage de drogues, qui se présenteraient à eux.

R73.- Le Collège propose de stimuler la mise en place d'équipes spécialisées, soit au sein de structures existantes, soit en dehors; équipes qui se situeraient à l'intersection du réseau "assuétude" et des réseaux "aide à l'emploi" et "formation professionnelle".

R74.- Le Collège propose de créer une offre spécifique du type E.F.T. permettant de remédier aux carences en adaptation comportementale, compétences et capacités et ce de manière à pouvoir répondre aux exigences du marché de l'emploi.

## La collecte de données

R75.- Le Collège insiste pour que des données fiables puissent être récoltées et diffusées de manière à mieux orienter les politiques en matière d'assuétudes et de manière aussi à mieux documenter les acteurs du terrain.

R76.- Le Collège recommande de renforcer les organismes de recueil de données et de renforcer Eurotox dans sa mission de mise en cohérence des dites données et ce dans la perspective de ses missions en rapport avec le point focal belge et l'OEDT.

# Réflexions à propos des huit problématiques

## 1. *L'amélioration de la diversification de l'offre d'aide et de soins aux personnes toxicomanes en ce y compris l'accès aux dispositifs de logements supervisés et aux formations professionnelles, ce qui leur est actuellement quasi impossible*

Le Collège d'experts a développé cette question au point 4 ainsi qu'aux sous-points 6.1 et 6.2.

## 2. *La définition d'une politique optimale de gestion des risques quelque soit leur nature et pour tous les publics concernés*

Le caractère « optimal » demandé nécessite clarification. Le principe de la réduction des risques est simple à comprendre. Par contre, les mesures à prendre et les actions à développer nécessitent dès lors l'expérimentation afin d'évaluer les bénéfices socio-sanitaires, les inconvénients et reposent souvent sur l'innovation et les limites de chaque stratégie envisagée. Le terme « politique optimale » pourrait donc laisser croire que dans ce registre, une politique peut-être arrêtée une fois pour toutes. Or, les phénomènes de drogues sont des phénomènes en évolution constante nécessitant l'invention et le recours à des réponses nouvelles pour être adaptées aux besoins nouveaux qui se font jour.

Comprise sous cet angle, une « politique optimale » de réduction des risques nécessite ouverture et flexibilité de manière à étudier, analyser, expérimenter rapidement des réponses au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux risques en matière de santé.

Quant à l'objectif de « gestion des risques », dans une optique de santé publique et d'éducation, nous lui préférerions l'objectif de « réduction des risques » car il s'agit bien de viser à ce que les usagers de drogues préservent autant que faire se peut leur santé (au sens large du terme : psychique, physique, relationnelle, etc.) en leur donnant les moyens de prendre leurs responsabilités et ce notamment en réduisant les risques liés à l'usage de substances psycho-actives.

Concernant la définition d'une politique en ce domaine, nous proposons au lecteur de consulter les parties du présent Rapport qui sont consacrées à la réduction des risques.

## 3. *Le renfort des liens entre les actions préventives de réduction de risques et les moyens de prise en charge des patients toxicomanes*

Les experts ne peuvent que rappeler que les interventions de réduction des risques visent à prévenir des problèmes liés aux consommations, individuels tels que les décès, les infections, les violences, les accidents, les grossesses non désirées, les décrochages sociaux, les décompensations psychiatriques, entre autres, et que les conseils auprès des consommateurs qui n'envisagent pas d'arrêter peuvent concerner le niveau de consommation, le mode de consommation, la qualité du produit consommé, le contexte dans lequel le produit est consommé, les combinaisons de produits, etc.
Elles peuvent viser également les risques collectifs, comme le tabagisme passif.
Il sera question ici des risques individuels.

Vu la prévalence de certaines consommations dans la population générale (alcool et tabac, ainsi que le cannabis parmi les adolescents et jeunes adultes et peut-être les médicaments sédatifs et hypnotiques), il apparaît que la mobilisation de la première ligne non spécialisée en « toxicomanies » est nécessaire et prioritaire. Les médecins généralistes en sont la cible évidente.

A l'heure actuelle, il semble que les intervenants en réduction des risques (qui font partie du secteur spécialisé) n'omettent pas de suggérer, le cas échéant, l'intérêt du traitement en réponse aux situations individuelles qui en bénéficieraient.

En revanche, il serait intéressant d'aider les professionnels de santé généralistes (en priorité les médecins, mais pas seulement eux) à aborder plus systématiquement avec leurs patients la question des risques spécifiques qu'ils encourent (certaines personnes ne « tiennent » pas l'alcool ou leur état de santé risque de se dégrader en cas de consommation, d'autres recourent encore à l'injection, certains combinent des produits incompatibles, licites ou non, d'autres encore consomment dans des contextes ou à des moments inappropriés).

Les conseils dénués de jugement sont bien accueillis par les consommateurs et renforcent le lien entre le professionnel et la personne concernée.
Il s'agit en premier lieu de se rendre compte de situations de consommation éventuelles pour intervenir. Des outils sont en développement à l'heure actuelle pour faciliter l'approche non intrusive de questions encore difficiles à aborder, outils qui, au-delà d'un produit particulier (comme le CAGE pour l'alcool[15] p. ex.), permettent d'embrasser l'ensemble des produits psycho-actifs auprès de personnes dont le motif de consultation ne concerne pas l'usage de produits.
Un autre avantage de cette approche est d'ouvrir la porte aux demandes de personnes en « souffrance silencieuse » et de débuter les interventions thérapeutiques demandées de façon aussi précoce que possible.

La réduction des risques auprès des consommateurs en cours de traitement, quant à elle, répond à la fois, en complément des aspects thérapeutiques, aux situations concrètes vécues par le patient ainsi qu'à celles qu'il pourrait rencontrer en cas de récidives (qu'on sait naturellement fréquentes, quel que soit le produit).

Trois pistes pourraient être poursuivies :
- l'information des professionnels de santé non spécialisés quant aux opportunités et au contenu des interventions : Comment évaluer sans jugement moral l'ensemble des consommations psycho-actives ? En cas de consommation, quels sont les conseils de réduction des risques pertinents (fonction de la personne, du produit et du contexte) ?
- l'aide à leur apporter dans le cadre des prises en charge pour aborder des questions inhabituelles, considérées trop souvent à tort comme une reconnaissance de leur impuissance (toute partielle) thérapeutique : « A côté » du traitement (et aussi car traitement ne signifie pas nécessairement abstinence), quels sont les conseils à donner ? et comment les donner ? Et si le traitement devait s'interrompre ?
- l'élargissement des modalités de traitement et l'amélioration de leur accessibilité, tant pour les abus d'alcool que de tabac ou de drogues illégales : Comment soutenir les médecins généralistes (temps de prestation) à aborder plus systématiquement ces questions ? Comment les former aux nouvelles connaissances ? Comment offrir aux patients qui le

[15] CAGE, les 4 questions "screening alcohol" de l'American Psychiatric Association

nécessitent, souvent les plus en besoin d'approche spécifique et très spécialisée, les modalités nouvelles (les CAF[16] sous leur forme actuelle en sont un exemple, la délivrance contrôlée de diacétylmorphine pourrait en être une autre. La prise en charge des adolescents est encore un autre défi en pleine recherche actuellement) ?

En bref, et en priorité, la formation et le soutien des médecins généralistes (qui n'ont pas attendu pour commencer !) constituent l'approche préférentielle.

Les voies classiques sont connues : CUMG pour la formation initiale surtout, SSMG conjointement et pour un soutien à plus long terme, avec l'apport de l'expertise des services spécialisés en « toxicomanies », prioritairement sur tabac, alcool, cannabis et médicaments, sans oublier les autres produits ni surtout les combinaisons de produits consommés.

### *4. La création de nouveaux services de soutien et d'accompagnement des parents et famille de toxicomanes*

Le Collège d'experts a développé cette question au point 5. Elle est abordée également au sous-point 4.8, dans la situation où les parents sont toxico-dépendants eux-mêmes.

### *5. L'établissement de collaborations utiles entre le secteur de l'aide à la jeunesse et les services offrant une aide médicale et/ou thérapeutique*

Le Collège d'experts aborde cette question sous l'angle de la prise en charge dans le sous-point 4.7.

### *6. Le développement d'une stratégie de prévention globale dans les écoles et d'autres milieux de vie par le biais de cercles relais et ce, en collaboration avec le réseau spécialisé*

Une précision s'impose :
La notion de « cercle relais » proposée, n'étant pas définie, nous préférons la reformuler comme « liens à faciliter » entre le réseau spécialisé et les différents milieux de vie, formulation plus ouverte et plus adaptée aux stratégies mises en place et à développer.
La désignation « a priori » de « cercles relais » peut laisser sous-entendre un risque de dérive qui serait d'imposer les moyens d'action à privilégier sans concertation avec les personnes concernées et sans tenir compte des potentialités et particularités de chaque contexte de vie. Par exemple, s'il s'agit d'installer un expert « drogues » au sein de chaque école, ce serait revenir à des modes d'approches stigmatisant et totalement inappropriés. C'est à refuser catégoriquement.

Pour rappel, dans le champ complexe de la prévention des assuétudes avec tout ce qu'il sous-tend de problématiques diverses, le développement d'une stratégie globale implique trois axes d'approches différents et simultanés :
- la prévention spécifique centrée sur les comportements de consommation ;
- la prévention globale centrée sur les aspects environnementaux et relationnels ;
- l'aide aux jeunes (en ce compris les jeunes adultes!) via le public intermédiaire des adultes-relais.

[16] CAF : Centre d'Aide aux Fumeurs, de la Communauté Française de Belgique

Cela nécessite de continuer à mettre en œuvre une politique progressive de promotion de la santé vers tous les milieux de vie des jeunes : familles, écoles et tous les lieux de vie communautaire. Mais aussi de soutenir la mise en place de stratégies transversales et intersectorielles en cernant les liens à faciliter pour permettre l'émergence d'initiatives adaptées à chaque contexte et situation particuliers, en favorisant la concertation avec les différents acteurs concernés (aide à la jeunesse, centres de santé mentale, plannings familiaux, C.P.A.S., mouvements de jeunesse, lieux de loisirs et de sport, secteur judiciaire, missions locales etc.).

Pour ce faire, des lieux de concertation devraient être développés et/ou créés à différents niveaux :

- la concertation entre les différents pouvoirs politiques concernés et le réseau spécialisé ;
- la concertation au sein du réseau spécialisé pour une meilleure visibilité de la couverture des différents milieux de vie impliqués et des besoins à développer et la mise en place d'un relevé annuel des interventions dans différents secteurs, milieux de vie, localités, acteurs,…impliqués. (Collaboration CTB – Eurotox - Observatoires de la santé et SCPS[17]) ;
- la nécessité d'établir des passerelles entre le réseau spécialisé et les professionnels de première ligne et ce en leur donnant les moyens d'investir la problématique des assuétudes ;
- le développement de concertations locales intersectorielles permettant le repérage et la prise en compte des demandes et besoins particuliers à chaque contexte et milieu de vie ;
- il faudrait évaluer les places que les CLPS prennent ou pourraient prendre à ce niveau, comme rassemblement local des différents relais avec la collaboration des services spécialisés.

  Un second volet de « liens à faciliter » entre le réseau spécialisé et les différents milieux de vie serait d'approfondir des collaborations avec les organismes de formations spécifiques et que des directives leur soient données afin d'élargir leurs offres de formation à la notion de santé (en ce compris la problématique des assuétudes).

Un repérage des relais à privilégier vers les familles, l'enseignement et les organismes de l'aide à la jeunesse a été développé dans ce présent rapport.
Ces déclinaisons tiennent compte de la spécificité de chaque contexte et des lieux d'expertise existants. L'objectif étant de favoriser l'émergence des savoirs là où ils se trouvent par une dialectique constante entre les pouvoirs politiques, les expertises des acteurs de terrain et la collaboration des personnes impliquées. Les adultes relais au sens large sont les mieux à même d'entendre ce que les jeunes ont à dire de tous les facteurs qui déterminent leur santé
Une telle approche ne peut se déployer qu'en travaillant sur du long terme.

## *7. La participation d'acteurs du secteur socio-éducatif dans les réseaux "assuétudes"*

Le Collège d'experts a tout au long de son rapport considéré que la dynamique des réseaux en assuétudes pouvait contribuer à la mise sur pied de lieux de concertation avec les acteurs oeuvrant dans d'autres secteurs que l'aide et le soin.

[17] SCPS:4 Services communautaires de promotion de la santé sont agréées en fonction du décret promotion santé du 14 juillet 1997.

## 8. *L'amélioration de la prise en charge socio-sanitaire des toxicomanes délinquants, et en particulier des mineurs, y compris durant l'exécution des peines*

Le milieu fermé, tel qu'il existe aujourd'hui, est un milieu « toxicomanogène » et à haut risque, lieu d'initiation et manque d'accès aux moyens de prévention et de réduction des risques. Les usagers de drogues délinquants ne peuvent y rencontrer qu'un renforcement de leurs conduites à risque voir le développement de ces conduites. L'incarcération ne devrait donc constituer qu'une dernière solution.

**Délinquants majeurs :**

- environ la moitié de la population carcérale est familiarisée avec les drogues illégales. La drogue est une réalité quotidienne dans tous les établissements;
- « Le ministre de la Justice est responsable de l'exécution de ce point d'action. Il se concerte avec la ministre de la Santé publique et négocie avec les Communautés au sujet de l'organisation de l'assistance, des campagnes de prévention et de la formation du personnel des établissements pénitentiaires »;
- pendant sa détention, le consommateur de drogues doit pouvoir compter sur la même qualité de soins que celle dont il pourrait bénéficier s'il n'était pas détenu. Or ce principe d'équivalence n'est pas respecté : en particulier en terme de réduction des risques. Il n'y a pas d'accès aux moyens de réduire les risques (matériel d'injection, de désinfection);
- L'accès aux organismes extérieurs de soins est toujours difficile.

*L'amélioration de la prise en charge requiert :*

- une clarification des compétences respectives et une implication forte des Ministres de la santé des entités fédérées dans les aspects de la politique en matière de soins qui relèvent de leur compétence. En particulier le principe d'équivalence d'accès à des soins et d'assistance de même qualité pour les personnes détenues que non détenues doit être assuré;
- de même, l'accès des acteurs d'organismes extérieurs doit être assuré dans des conditions qui permettent un travail de qualité;
- le renforcement des programmes de formation vers les agents pénitentiaires et personnel de santé des établissements pénitentiaires;
- d'assurer un accès au vaccin contre l'hépatite B pour les personnes détenues;
- le renforcement de l'accessibilité aux informations de réduction des risques (notamment par la généralisation des opérations boule-de-neige en prison) et le développement d'accès aux moyens de réduire ces risques, notamment matériel d'injection;
- d'assurer un accès aux traitements de substitution pendant toute la détention et pour tous les détenus dépendants aux opiacés qui le nécessitent ou le demandent

**Délinquants mineurs en IPPJ :**

- renforcement des capacités des intervenants professionnels des IPPJ à mettre en place des actions de promotion de la santé, prévention, réduction des risques et prise en charge des éventuelles demandes de suivi thérapeutique au sein de la population des IPPJ.

# Documents consultés


1. Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue – 19 janvier 2001.

2. L'usage des drogues en Communauté française - rapport 2001-2003 (Eurotox novembre 2004).

3. Plan d'action drogue de l'Union Européenne (2005-2008).

4. Décret relatif à l'aide à la jeunesse du 12 juin 1991, modifié par le Décret du 6 avril 1998 et par le Décret du 19 mai 2004.

5. Décret portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française du 14 juillet 1997, modifié par le Décret du 17 juillet 2003.

6. Charte d'Avenir pour la Communauté Wallonie - Bruxelles (26/09/2001).

7. Arrêté Royal accordant une aide financière à certaines villes et communes. Service Public Fédéral Intérieur , 21 février 2005.

8. La politique des drogues en chiffres - Service Fédéral de la Recherche Scientifique, 2004.

9. Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique. Service Fédéral de la Recherche Scientifique, 2005.

10. Drogues et nuisances. Service Fédéral de la Recherche Scientifique, 2005.

11. Rapport du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue, 1997.

12. Note Politique générale du ministère de l'Intérieur, novembre 2004.

13. Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.

14. Contrat d'avenir pour les Wallonnes et les Wallons, 20 janvier 2005.

15. Décret régional wallon du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement de réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétude.

16. Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies de la Commission Communautaire Française. 27 avril 1995.

17. Premier rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne. Premier rapport 2000.

18. Déclaration de politique régionale wallonne (engagement à définir un plan).

19. Déclaration de politique communautaire (actions alcool, drogue et tabac).

20. Parquet J, Pour une Prévention de l'usage des substances psycho-actives (usage, usage nocif, dépendance), PARIS, CFES, Dossiers techniques, 1998

21. Prevention of psychoactive substance abuse. A selected review of what works in the area of prevention. WHO. Mental Health : evidence and research. Deparment of Mental Health and Substance dependence. 2002.

22. Décision n°1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) – Déclarations de la Commission in Journal officiel n°L271 du 09/10/2002, p. 0001-0012, www.europa.eu.int, 06/10/2004.

23. Dix ans de contrats de sécurité et de prévention, sous la direction de MARY Ph., Ed. Bruylandt, Bruxelles, 2003

24. Voir à ce sujet : RWUBUSISI M., Secret professionnel. Le droit de se taire face à l'obligation de collaboration, Ministère de la Communauté française, 2002.

25. DHCo. Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. Etude de faisabilité et de suivi : rapport final *Ansseau, Marc - Gustin, Fréderic - Hodiaumont, Fabienne. et al* Gent : Academia Press, 2005 (PB6113).

26. Complément au document n° 11.

27. Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue, Chambre des Représentants de Belgique, 5 juin 1997, 1062/1, 1062/2, 1062/3 - 96/97.

# Table des matières


*Préliminaires* ..... *2*

**1. Organisation du Collège** ..... **2**
Constitution du Collège d'experts et missions ..... 2
Missions du Collège d'experts ..... 2
Méthodologie et objectifs de travail ..... 3

**2. Une « politique » ou des « mesures » ?** ..... **4**
Un « PLAN » ..... 4
Un plan « CONCERTE » ..... 5
Les « PRINCIPES » d'une politique des drogues : ..... 5
Les « OBJECTIFS » de la politique des drogues ..... 7
La « COMMUNICATION » à la population ..... 8
Le choix des « STRATEGIES » ..... 8
Les « ACTEURS et SERVICES » nécessaires ..... 9
Les « RESSOURCES » à mobiliser ..... 9

***Principes fondateurs d'une approche « santé » pour la définition d'une politique des assuétudes*** ..... *10*

**Prévention et assistance dans le cadre des matières personnalisables** ..... **12**

**La définition et l'étendue du champ de la prévention** ..... **12**

**La place de la réduction des risques dans ce schéma** ..... **12**

**L'articulation avec la promotion de la santé** ..... **13**

**L'intervention collective et l'accompagnement individuel** ..... **14**

**Globalité ou spécificité** ..... **14**

***Constats en matière de prévention*** ..... *16*

**1. Constats par rapport au cadre fixé au niveau de la politique fédérale en matière de drogues sur le plan de la promotion de la santé et sur celui de la réduction des risques** ..... **16**
1.1. Constats en matière de promotion de la santé ..... 16
1.2. Constats en matière de réduction des risques ..... 25

**2. Constats par rapport au cadre fixé au niveau des politiques des entités fédérées (Communauté et Régions) sur le plan de la promotion de la santé et sur celui de la réduction des risques** ..... **26**
2.1. Constats en matière de promotion de la santé. ..... 26
2.2. Constats en matière de réduction des risques ..... 28
2.3. Recommandations en matière de réduction des risques ..... 30

***Constats en matière de prévention appliqués à deux milieux de vie des jeunes : l'enseignement et les organismes de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse*** ..... *32*

**1. L'enseignement** ..... **32**
1.1. Constats concernant le cadre de la promotion de la santé et de la prévention à l'école ..... 32
1.2. Constats concernant le cadre méthodologique des intervenants des services spécialisés ..... 32
1.3. Constats à propos des difficultés du terrain ..... 34

**2. Jeunesse et Aide à la jeunesse** ..... **38**
2.1. Constats à propos des difficultés du terrain ..... 38

*Constats en matière de soins, assistance et accompagnement* ..... *42*

**1. Organisation du secteur** ..... **42**

**2. Notion de "tuilage"** ..... **43**

**3. Données en matière de soins, assistance et accompagnement** ..... **43**

**4. Offre résidentielle** ..... **44**

**5. Le secteur ambulatoire** ..... **44**

**6. Problématiques des personnes incarcérées** ..... **45**

**7. Question des mineurs** ..... **46**

**8. Soutien aux parents toxico-dépendants et à leurs enfants** ..... **47**

*Problématique des parents de personnes consommatrices ou toxico-dépendantes* ..... *48*

**1. Constats** ..... **48**

1.1. Un discours médiatique dominant ..... 48

1.2. La réalité du terrain ..... 48

**2. Recommandations** ..... **51**

*Facteurs d'insertion sociale* ..... *52*

**1. Constats en matière de"logement - hébergement"** ..... **52**

**2. Insertion professionnelle.** ..... **53**

*La collecte de données* ..... *54*

*Récapitulatif des recommandations* ..... *56*

*Réflexions à propos des huit problématiques* ..... *66*

**1. L'amélioration de la diversification de l'offre d'aide et de soins aux personnes toxicomanes en ce y compris l'accès aux dispositifs de logements supervisés et aux formations professionnelles, ce qui leur est actuellement quasi impossible** ..... **66**

**2. La définition d'une politique optimale de gestion des risques quelque soit leur nature et pour tous les publics concernés** ..... **66**

**3. Le renfort des liens entre les actions préventives de réduction de risques et les moyens de prise en charge des patients toxicomanes** ..... **66**

**4. La création de nouveaux services de soutien et d'accompagnement des parents et famille de toxicomanes** ..... **68**

**5. L'établissement de collaborations utiles entre le secteur de l'aide à la jeunesse et les services offrant une aide médicale et/ou thérapeutique** ..... **68**

**6. Le développement d'une stratégie de prévention globale dans les écoles et d'autres milieux de vie par le biais de cercles relais et ce, en collaboration avec le réseau spécialisé** **68**

**7. La participation d'acteurs du secteur socio-éducatif dans les réseaux "assuétudes"** . **69**

**8. L'amélioration de la prise en charge socio-sanitaire des toxicomanes délinquants, et en particulier des mineurs, y compris durant l'exécution des peines** ..... **70**

*Documents consultés* ..... *71*

*Table des matières* ..... *73*